



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenni Niemelä

KRIISIALUEILLA TYÖSKENNELLEI- DEN SAIRAANHOITAJIEN NÄKE- MYKSIÄ JA KOKEMUKSIA HOITO- TYÖSTÄ

Sosiaali- ja terveysala
2017

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jenni Niemelä
Opinnäytetyön nimi	Kriisialueilla työskennelleiden sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia hoitotyöstä
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	88 + 8 liitettä
Ohjaaja	Suvi Kallio

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla maailman eri kriisialueilla työskennelleiden sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia hoitotyöstä. Tutkimuksen avulla pyrittiin selvittämään, kuinka hoitotyö toteutui kriisialueilla ja millaiset resurssit sairaanhoitajilla oli käytettävissä. Kansainvälisiin tehtäviin osallistuneilta kysyttiin myös hoitotyön herättämistä tunteista ja saaduista kokemuksista sekä ennakko-odotusten toteutumisesta. Tutkimuksen tuloksista on hyötyä hoitoalan ammattilaisille, jotka hakeutuvat töihin kriisialueille. Haastattelut tuottivat myös muille asiasta kiinnostuneille uutta ja avartavaa tietoa kriisialueilla työskentelystä.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys käsittelee sairaanhoitajan roolia ja hoitotyötä kriisialueilla. Tutkimuksen kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote soveltui hyvin tunteita herättävään aiheeseen. Aineisto koostui sairaanhoitajille toteutetusta seitsemästä yksilöteemahaastattelusta: kaksi kasvotusten, kaksi puhelimitse ja kolme sähköpostitse. Teemahaastattelurunko koostui viidestä tutkimusongelmasta ja niistä muodostetuista apukysymyksistä. Tutkimusaineiston analysointi toteutettiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Kokemukset hoitotyöstä kriisialueilla olivat moninaisia. Työympäristöt ja hoitotyön kohdealueet vaihtelivat jokaisen sairaanhoitajan kohdalla. Hoitotyöhön oli saatavilla sekä riittäviä että puutteellisia resursseja ja eroavaisuudet Suomessa toteutuneen hoitotyön kanssa olivat merkittäviä. Kokonaisuudessaan uudet kokemukset olivat mielekkäitä, mutta positiivisten ja negatiivisten tunteiden kirjo oli laaja. Kriisialuetyöskentelystä sairaanhoitajilla oli sekä realistisia että epärealistisia ennakkokäsityksiä. Tulevaisuuden hoitotyön kehittämiskohteina pidettiin erityisesti kouluttautumista, paikallisen työn jatkuvuuden varmistamista, resurssien lisäämistä sekä avoimen ja positiivisen mielen ylläpitämistä ennen työhön lähtemistä.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyö

ABSTRACT

Author	Jenni Niemelä
Title	The Views and Experiences on Nursing by Nurses that Have Worked in Crisis Areas
Year	2017
Language	Finnish
Pages	88 + 8 Appendices
Name of Supervisor	Suvi Kallio

The purpose of this bachelor's thesis was to describe views and experiences of nurses who have worked all around the world in different crisis areas. The aim of the research was to find out how nursing was implemented in crisis areas and what kind of resources nurses had available. Everyone who had participated in international missions were also interviewed about their feelings, experiences and expectations. The results of the study can be used by professionals that would like to work in crisis areas. The interviews also gave new and useful information about working in crisis areas to people who are interested in the topic.

The theoretical framework of this research deals with the role of a registered nurse and nursing in crisis areas. The qualitative method of the research suited well for a topic that raises different emotions. The material consisted of seven individual theme interviews with registered nurses: two face-to-face, two by phone and three by e-mail. The theme interview frame consisted of five research problems and based on them some support questions were formed. The material was analyzed using an inductive content analysis method.

There were various experiences of nursing in crisis areas. Working environments and the target areas were different for each nurse. The resources varied from sufficient to insufficient and the differences in nursing when compared to Finland were significant. On the whole the new experiences were felt to be meaningful but there was a large variety of both positive and negative emotions. Registered nurses had both realistic and unrealistic preconceptions of working in crisis areas. The things that should be developed include training, securing the continuity of work, having more resources and having an open and positive attitude before going to crisis areas.

Keywords	Crisis area, registered nurse, international nursing
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

ABSTRAKT

1	JOHDANTO	8
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	10
2.1	Sairaanhoitaja	10
2.2	Hoitotyö	12
2.3	Kriisialue	13
3	SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSET JA NÄKEMYKSET HOITOTYÖSTÄ KRIISIALUEILLA	16
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	19
5	AINEISTO JA MENETELMÄT	20
5.1	Tutkimusmenetelmä	20
5.2	Haastattelumenetelmä	21
5.3	Tutkimukseen osallistujat	24
5.4	Aineiston keruu	26
5.5	Aineiston käsittely ja analysointi	28
5.5.1	Tutkimustulosten raportointi	32
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	34
6.1	Hoitotyöhön kuuluvat tehtäväkuvat	34
6.1.1	Alueelliset ja konkreettiset tehtäväkuvat	35
6.1.2	Hoitotyön tehtäväkuvien laatu	36
6.1.3	Hoitotyön tehtäväkuvien toteutuminen	37
6.1.4	Hoitotyön tehtäväkuvista ennakkoon saatu tieto	37
6.1.5	Hoitotyön tehtäväkuvien toteutumisen eroavaisuudet	38
6.2	Hoitotyön toteutuminen	40
6.2.1	Työskentelypaikat	41
6.2.2	Hoitotyön avunsaajat	42
6.2.3	Hoitotyön vastaanottaminen	42
6.2.4	Hoitotyön toteuttaminen	43

6.2.5	Resurssit ja esteet hoitotyön toteutumiselle	46
6.3	Hoitotyön herättämät tuntemukset ja kokemukset.....	50
6.3.1	Positiiviset kokemukset hoitotyöstä.....	51
6.3.2	Negatiiviset kokemukset hoitotyöstä	53
6.3.3	Uudet kokemukset hoitotyöstä.....	54
6.4	Hoitotyöhön liittyvät ennakkoajatukset kriisialueilla	56
6.4.1	Hoitajien ennakkoajatukset hoitotyöstä	57
6.4.2	Potilaiden ennakkoajatukset hoitotyöstä.....	58
6.4.3	Ennakkoajatusten korjaaminen	60
6.5	Hoitotyön kehittämis ehdotukset kriisialueilla	61
6.5.1	Hoitotyön jälkeiset mietityttävät asiat.....	62
6.5.2	Hoitotyön kehittämisalueet	64
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	69
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	70
7.2	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	75
7.3	Eettisyyden tarkastelu	80
7.4	Jatkotutkimusideat	82
8	POHDINTA.....	84
	LÄHTEET.....	86
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Hoitotyöhön kuuluvat tehtäväkuvat kriisialueilla.	34
Kuvio 2. Hoitotyön toteutuminen kriisialueilla.	41
Kuvio 3. Hoitotyön herättämät tunteet ja kokemukset.	51
Kuvio 4. Hoitotyöhön liittyvät ennakoajatukset kriisialueilla.	57
Kuvio 5. Hoitotyön kehittämissuhteet kriisialueilla.	62
Taulukko 1. Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä ja luokittelusta.	31

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje / **BILAGA 1.** Följebrev

LIITE 2. Teemahaastattelurunko / **BILAGA 2.** Innehållet och strukturen för temaintervjun

LIITE 3. Apukysymykset / **BILAGA 3.** Hjälpfrågor

LIITE 4. Suostumuslomake haastatteluun / **BILAGA 4.** Ett tillstånd för intervjun

1 JOHDANTO

Tutkimukseen tutkija halusi valita aiheen, joka liittyy sairaanhoitajan työhön ulkomailla. Sairaanhoitajan työ ulkomailla ja kriisialueilla on jatkuvasti ajankohtaista, mutta työstä saamista kokemuksista ja tuntemuksista puhutaan avoimesti vielä liian vähän. Sairaanhoitajan kokema työ kriisialueilla on rankkaa niin psyykkisesti, sosiaalisesti kuin fyysisestikin, mutta siitä huolimatta työstä saadut kokemukset ja positiiviset tapahtumat tekevät työstä mielekästä ja arvokasta. Sairaanhoitajalla tulee olla kykyä työskennellä eri kulttuureista tulleiden ihmisten ja heidän arvojensa kanssa, toimia kriisialueen taloudellisten rajoitusten mukaan, toimia eettisesti ja moraalisesti sekä työskennellä vaikeiden kielimuurien keskellä (Lal & Spence 2016, 23).

Kriisialueilla toteutunut hoitotyö on paljon erilaisempaa kuin Suomessa; tämän vuoksi kyseistä työtä tehneiden sairaanhoitajien kokemusten ja tuntemusten jakaminen tuo uusia näkökulmia ja ajatuksia terveys- ja sosiaalialan ammattilaisille sekä kaikille niille henkilöille, joille aihe ei ole entuudestaan tuttu. Kokemuksista ja näkemyksistä lukeminen on sekä mielenkiintoista että avartavaa: asioita voidaan pohtia ja vertailla sekä toivon mukaan myös kehittää niin kriisialueilla kuin Suomessaakin. Lal ja Spence (2016) esittelevät tutkimuksessaan, että sairaanhoitajakoulutukseen tulisikin sisältyä enemmän kulttuurista osaamista: tietoa kulttuurien eroista, turvallisuudesta ja herkkyydestä, sekä tietoa maailmanlaajuisesta terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta. Näin ollen mahdollinen työskentely kriisialueella voisi tuntua vastavalmistuneesta sairaanhoitajasta turvallisemmalta tulevaisuudessa, jos jo sairaanhoitajakoulutuksessa saataisiin tietoa kehitysmaissa toimivasta hoitotyöstä.

Tutkimuksen aihe on tärkeä, sillä sen tarkoituksena on selvittää lukijoille ja alan ammattilaisille sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä hoitotyöstä kriisialueilla ja näin siten pienentää mahdollisia ennakkoluuloja ja -käsityksiä. Aihe herättää usein paljon arkoja ja epäileviä, mutta myös avoimia ajatuksia. Ulkomaille tai kriisialueelle suuntaava hoitotyön ammattilainen saa tutkimuksen kautta tukea ja uusia näkemyksiä hoitotyöstä, sen toteutumisesta ja siitä syntyvistä mahdollisista

tuntemuksista kriisialueella. Usein etenkin ensimmäistä kertaa kriisialueelle lähtevällä sairaanhoitajalla on pelkoja omasta turvallisuudesta, hoitotiimiin mukaan pääsemisestä ja väärinymmärretyksi tulemisesta (Lal & Spence 2016, 20). Sairaanhoitaja, joka haluaa lähteä työskentelemään kriisialueelle tai joka jo entuudestaan työskentelee kyseisillä alueilla, voi valmistautua paremmin hoitotyöhön ja siitä syntyviin tuntemuksiin ja tilanteisiin. Tutkimus antaa myös muille lukijoille ja aiheesta kiinnostuneille lisää tietoa hoitotyön toteutumisesta kriisialueella ja sairaanhoitajan työkuvista eri katastrofitilanteiden keskellä.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän opinnäytetyön keskeiset tarkastelun kohteina olleet käsitteet olivat sairaanhoitaja, hoitotyö ja kriisialue.

2.1 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja on terveydenhuollon ammattihenkilö, jolle ammatinharjoittamisoikeuden ja -luvan myöntää Sosiaali- ja terveysalan Lupa- ja Valvontavirasto, Valvira. Suomessa sairaanhoitajan ammattiin koulutetaan sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnoissa. (Valvira 2016.) Sairaanhoitajien koulutusta säädelään opetus- ja sosiaaliministeriön ohjeissa sekä seuraavissa lakien pykälissä: laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä ja laki ammattikorkeakouluista (Järvelä 2015, 41).

Sairaanhoitajan on mahdollista työskennellä sairaaloiden vuodeosastoilla, poliklinikoilla tai leikkausosastoilla. Työympäristö voi olla myös kotisairaanhoito, lääkäriasemat ja erilaiset kuntoutus- ja hoivakodit. Kansainväliset tehtävät ja asiantuntijuus- ja konsulttitehtävät kuuluvat myös sairaanhoitajatutkinnon mahdollistamiin työskentelyvaihtoehtoihin. Sairaanhoitaja tutkinto antaa sairaanhoitajan pätevyyden EU-direktiivien mukaisesti: Suomessa sairaanhoitajatutkinto onkin vertailukelpoinen muiden eurooppalaisten tutkintojen kanssa, jotka vastaavat sairaanhoitajan tutkintoa. (Metropolia 2016.)

Sairaanhoitajan ammatinkuvaan kuuluu edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäistä eri sairauksia ja lievittää kärsimystä. Sairaanhoitaja hoitaa kaikenikäisiä ihmisiä heidän elämäntilanteestaan riippumatta. Sairaanhoitaja toimii kaikenlaisten ihmisryhmien parissa: yksilöiden ja perheiden sekä eri yhteisöjen, kuten vammais-, vapaaehtois- ja potilasjärjestöjen kanssa yhteistyössä. Sairaanhoitajan tehtävänkuviin kuuluu niin potilaista kuin heidän läheisistään huolehtiminen ja kaikkien hoitoon kuuluvien kanssa yhdessä toimiminen koko potilaan hoidon ajan. (Sairaanhoitajat 2014.) Kaiken sairaanhoitajan toiminnan tulee perustua näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon ja hoitotyöhön (Nursing Council of New Zealand 2012, 4).

Sairaanhoitaja kantaa vastuun omasta tekemästään työstä henkilökohtaisesti sitä jatkuvasti arvioiden ja ammattitaitoaan kehittäen eteenpäin. Yhteisöllisyys tulee tässä kuitenkin vastaan, sillä sairaanhoitajan tulee pystyä arvioimaan myös muiden työtä tekevien sairaanhoitajien kanssa hoidon laatua ja sen jatkuvaa parantamista. Yhdessä kollegoiden kanssa luodaan turvallinen työyhteisö sekä tuetaan, puolustetaan ja kannustetaan toinen toisiaan. (Sairaanhoitajat 2014.) Jotta ammattia voitaisiin harjoittaa siten, että se johtaa mahdollisimman hyvään ja varmaan potilaan hoitotyöhön sekä jatkuvaan hoitotyön kehittämiseen, sairaanhoitajalla tulee olla tietoa, kykyä, ymmärrystä ja valmiutta sekä hänen tulee olla yhteistyökykyinen niin potilaiden, kollegoiden kuin muidenkin ammattihenkilöiden kanssa (Finnström 2010, 61).

Lisäksi, että sairaanhoitaja toimii kotimaassamme, hänen työhönsä kuuluu myös kansainvälinen toiminta ja työskentely. Sairaanhoitajalla on mahdollisuus osallistua kansallisten ja kansainvälisten järjestöjen toimintaan, jossa välitetään ammatillista tietoa ja taitoa sekä osallistutaan päätöksentekoihin yhdessä muiden ammattilaisten kanssa. Sairaanhoitajan tulee pystyä kantaa vastuuta ihmiskunnan terveydellisistä ja sosiaalisista elinoloista myös maailmanlaajuisesti niitä edistäen ja kehittäen. Sairaanhoitajan työhön kuuluukin ihmisten samanarvoisuuden, suvaitsevaisuuden ja yhteisvastuullisuuden edistäminen. (Sairaanhoitajat 2014.) Sairaanhoitajilla tulee-kin olla valmiudet työskennellä ja toimia köyhissä, hankalissa sekä sekavissa tilanteissa. Sairaanhoitajilta vaaditaan kykyä tulla toimeen juuri sillä hetkellä saatavilla olevien terveystieteiden, hoitovälineiden ja henkilökunnan avulla. (Arbon, Bobrowski, Zeitz, Hooper, Williams & Thitcener 2006, 176.)

Vaativassa ammatissa toimiminen vaatii sairaanhoitajalta myös oman hyvinvoinnin ja terveyden huolenpitoa. Ward (2011, 81–82) raportoi tutkimustuloksissaan, että sairaanhoitajan työviihtyvyys sekä stressinsietokyky työn aikana kasvoivat merkittävästi pitämällä vahvaa ammattimaista yhteistyösuhdetta muihin kollegoihin sekä luomalla terapeutin suhteen asiakkaiden kanssa. Sairaanhoitajat eivät olleet osanneet odottaa potilailta kiitollisuudenosoituksia, vaan olivat tyytyväisiä jo näh-

dessään, että potilas alkaa voida paremmin. Mikäli sairaanhoitajat kärsivät työn aiheuttamasta stressistä, moni koki meditaation, pohdiskelun, joustavuuden tai ainoastaan ajan olevan toimivia keinoja saavuttamaan tasapaino työn ja perheen välillä.

Sairaanhoitajan työssä ihmisten terveyttä tulee edistää ja tukea antamalla väestölle heidän tarvitsemaansa hoitoa, mutta samaan aikaan rakentaa ihmisille kykyä hoitaa myös itse itseään. Hoitaessaan ihmisiä sairaanhoitaja lisää heidän omia voimavaroja ja näin ollen pyrkii parantamaan ihmisten elämän laatua. Toista ihmistä kohdellaan arvokkaasti hänen vakaumustaan, tapojaan ja omia arvojaan kunnioittaen; tällä tavalla sairaanhoitaja luo turvallisen hoitokulttuurin potilaalle. Sairaanhoitajan ammattiin liitetään myös eri velvollisuuksia, kuten potilaan itsemääräämisoikeudesta ja hänen hoitoon liittyvästä päätöksenteosta ja oikeudenmukaisuudesta huolehtiminen. Koko hoitoprosessin ajan sairaanhoitajan täytyy luoda luottavainen side potilaan kanssa, sillä se takaa hyvän hoitosuhteen. (Sairaanhoitajat 2014.)

2.2 Hoitotyö

Sana hoito tarkoittaa vastuun ottamista, varjelemista, merkityksellisyyttä, välittämistä ja koskettamista. Sanan hoito voikin siis liittää moneen eri sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmään. Hoito on sekä tietämystä että toimimista käytännössä. (Christidis 2013, 8; Eriksson 2014, 10.) Käsitteellä hoitotyö tarkoitetaan yksilön hoitamista silloin, kun hän ei enää kykene selviytymään itse. Yksilöä tuetaan ja hoidetaan niin, että hän kykenisi ja pystyisi elämään jatkossa mahdollisimman hyvin itsenäisesti ja normaalisti. Hoitotyötä tarvitaan niin somaattisten kuin fyysisten ja psyykkisten sairauksien parantamisessa. Yhden potilaan kohdalla hoitotyö on kokonaisvaltaista, sillä siihen kuuluu yleensä myös sairaanhoitajien lisäksi monia muita ammattiryhmiä, kuten lääkäreitä, lähihoitajia sekä työ- ja fysioterapeutteja. (Christidis 2013, 8, 15.)

Hoitotyö on näyttöön perustuvaa toimintaa potilaan hoidossa. Sillä edellytetään sairaanhoitajalta tietämystä luotettavasta ja asianmukaisesta näytöstä, jota voidaan hyödyntää kaikenlaisten potilaiden hoidossa heidän kulttuurista, vakaumuksesta ja elinolosuhteista riippumatta. Näyttö uusiutuu koko ajan eri tarkistuslistojen, hoitosuosittelujen ja potilasohjeiden myötä. Näyttöön perustavalla toiminnalla hoitotyössä

lisätään potilaiden ja asiakkaiden tasavertaista kohtelua ja yleistä potilasturvallisuutta. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 4, 15–18.)

Hoitotyö on potilaan kohtaamista, huolenpitoa, hoitamista ja puolustamista sekä olemalla läsnä ja lähellä. Näiden lisäksi hoitotyöhön liittyy myös sureminen yhdessä potilaan kanssa. Hoitotyön näkökulmasta auttaminen on muuan muassa myös sitä, että yhdessä potilaan kanssa suunnitellaan ja toteutetaan hänen tarvitsema hoito mahdollisimman hyvin, jotta potilaan päivittäinen ja itsenäinen eläminen olisi mahdollista. Koko hoitotyön prosessin ajan yksilö tulee nähdä kokonaisvaltaisena ihmisenä -ei siis vain sairauden peittämänä kokonaisuutena. (Christidis 2013, 16, 34.)

Hoitotyötä voi olla monenlaista: päivittäisten elintoimintojen turvaamista sekä muissa päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä ja auttamista. Hoitotyötä suoritetaan monessa eri toimenpiteessä, kuten ruokailun ja nesteytyksen huolehtimisessa, ravitsemuksen ohjauksessa, syöttämisessä, suolen ja virtsan toiminnan tarkkailemisessa, verenpaineen ja hengityksen seurannassa ja eri mittauksia ja kokeita tehdessä. Hoitotyöhön kuuluu myös erilaiset haavahoidot, haavamateriaaleista ja muista tarvikkeista huolehtiminen, mahdollisten apuvälineiden hankkiminen ja niiden huoltaminen sekä yhtenä tärkeimpänä hoitotyöstä kirjaaminen ja raportointi. (Christidis 2013, 114–201.)

2.3 Kriisialue

Kriisi kuuluu osaan elämää, ja vaikeat tapahtumat koskettavat useita ihmisiä päivittäin. Osa tapahtumista on niin tuhoisia, että ne saattavat viedä ihmisen turvallisuudentunteen ja yhteisöllisen käyttäytymisen kovinkin alas. Mikäli henkilöllä ei ole suurta taipumusta sopeutua äärimmäisiin tilanteisiin tai pyrkiä selviytymään hengissä, useimmat kyseisistä henkilöistä traumatisoituvat tai eivät kykene hallitsemaan koettelemuksia. (Hedrenius & Johansson 2013, 21.)

Kriisi voidaan luokitella tai erotella eri termein riippuen tapahtumasta: kriisi voi olla katastrofi, konflikti tai vaikea tapahtuma. Sana konflikti tulee latinankielisestä termistä *confligere*, joka tarkoittaa taistelemista. Kriisialue sisältääkin monia eri ta-

pahtumia, kuten katastrofeja, jotka koskettavat useita ihmisiä samanaikaisesti. Katastrofeja voivat olla tsunamit ja maanjäristykset sekä tietysti henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneet katastrofit. Usein yksittäinen vaikea tapahtuma on syynä kriisin puhkeamiseen. Kriisin voi sytyttää yksittäisen vaikean tapahtuman ilmentyminen ensimmäistä kertaa tai vasta pitkän aikavälin jälkeen, jolloin tapahtuma on toistunut jo useamman kerran. (Hedrenius & Johansson 2013, 22; Merlin 2009, 114.)

Kriisi voi koostua luonnonkatastrofeista, kuten tsunameista, myrskyistä, hurrikaneista, maanjäristyksistä tai lämpöaalloista sekä ihmisiin ja heidän väliin kohdistuvista konflikteista, kuten aseellisista hyökkäyksistä, joukkomurhista, kidutuksista ja seksuaalisesta väkivallasta. Katastrofeiksi luokitellaan myös lento-, auto-, juna- ja bussionnettomuudet, tuhopoltot ja muut sairaudet sekä muut psyykkiseen terveyteen kohdistuvat koetut traumat. (Hedrenius & Johansson 2013, 22–23.)

Vuonna 2008 sattui Espanjan Malagassa vakava bussionnettomuus. Sairaanhoidajien ja eri avustusjärjestöjen, kuten Suomen Punaisen Ristin ammattilaisten tuli antaa riittävää tukea onnettomuuden uhreille ja heidän läheisilleen. Mukana oli myös psykososiaalisen tiimin jäseniä. Potilasta ei koskaan jätetty yksin, vaan hänen kanssaan olivat koko ajan määrättyt eri ammattikunnan henkilöt. Omaiset otettiin mukaan auttamistyöhön, ja jo hieman toipuneimmille uhreille järjestettiin tukikeskusteluja. Avustushenkilökunnan tuli olla koko ajan yhteydessä matkanjärjestäjien kanssa sekä huolehtia kaikille uhreille heidän tarvitsemastaan hoidosta ja selvittää potilaiden evakuointiasioita. (Muma 2014, 62–64.)

Avustus- tai humanitaarinen työ eli kriisityö kriisialueilla on täysin erilaista: alueen kulttuuri, elämäntavat ja yksilön tietoturvan turvallisuus ovat asioita, jotka eroavat selvästi. Usein kriisialueille työtä tekemään lähtevillä sairaanhoitajilla on jonkinlainen kutsumus työhön ja lähtemään kotoa. Työssä tarvitaan uusia taitoja, kokemuksia ja oivalluksia. Kriisialueella toimiminen ei ole välttämättä työntekijöillekään helppoa, sillä vastaan voi tulla todella vaikeita olosuhteita, kuten rajallinen ruoan saatavuus, sähkön ja lämmön puute ja pieni nukkumapaikka sekä jatkuva pelko ohjusten tai pommien syöksymisestä minne tahansa maan pinnalle. (Zinsli & Smythe 2009, 234, 238–239.)

Kriisin ja katastrofin syttyessä avustushenkilökunnan tulee olla aina valmistautunut. Esimerkiksi ryhmä, joka vastaa lääkityksestä, tulee olla valmistautunut antamaan kriisi- tai katastrofialueella terveyden- ja sairaanhoitoa niin nopeasti kuin mahdollista ja turvata hoito vahingoittuneelle väestölle. Tuki ja apu turvataan hädän keskellä muun muassa antamalla informaatiota, jakamalla vilttejä ja puhdasta juomavettä. Uhreille taataan turvallinen ympäristö, jossa on saatavilla ruokaa ja vettä. Jos vain mahdollista, uhrien tulisi päästä läheistensä luokse ja saada lisäksi sosiaalista kuntoutusta. (Hedrenius & Johansson 2013, 47.)

3 SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSET JA NÄKEMYKSET HOITOTYÖSTÄ KRIISIALUEILLA

Kriisi- ja konfliktialueilla työskentely on koskettanut sairaanhoitajia kovasti. Sairaanhoitajien on täytynyt kyseenalaistaa heidän omat tietonsa ja taitonsa tehdessään hoitotyötä ja toimiessaan kriisialueella – joskus jopa täysin tuntemattomalla sellaisella. (Yang, Xiao, Cheng, Zhu & Arbon 2010, 217.) Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli kriisiavun tarpeessa olevien henkilöiden auttamisessa: joskus traumaattisen kriisin kokeneet henkilöt eivät edes välttämättä halua ottaa apua vastaan (Kiiltomäki 2007, 7). Jotta sairaanhoitajat voisivat taata mahdollisimman hyvän avun kriisin kokeneille henkilöille, heillä tulee olla taustalla hyvä koulutus itse kriisityöstä (Kiiltomäki 2007, 45).

Yang ym. (2010, 219) kertovat tutkimustuloksissaan, että sairaanhoitajat tunsivat olonsa valmistautumattomiksi kriisialueelle mentäessä. Kriisialueilla hoitotyö oli vaativaa ja rankkaa: sairaanhoitajien tuli kyetä työskentelemään huonoissa kunnossa olevissa sairaaloissa huolimatta siitä, että sairaanhoitajien aikaisempi kokemus ei edes ollut riittävä takaamaan tehokasta työtä katastrofioloissa. Sairaanhoitajilta vaadittiin taitoja ja erityistä tietämystä olemaan johtaja, ryhmänvetäjä ja komentaja erittäin kaoottisissa tilanteissa. Kuitenkin useammalla, yli 80 %:lla vapaaehtoistyöhön lähteneellä sairaanhoitajalla ei ollut aikaisempaa kokemusta kriisi- tai sotatilanteista, raportoi Arbon ym. (2006, 177) tutkimuksessaan.

Tuhon jälkeen eräässä kaupungissa ei ollut käytettävissä juoksevaa vettä, sähköä eikä paikallisia lääkehuoltoa. Sairaanhoitajat kokivat tilanteen vaivalliseksi, kun suuri epätoivoinen ihmisjoukko kerääntyi heidän ympärilleen hakien lääkeapua. Sairaanhoitajat käyttivät metodina potilaiden luokittelua heidän hoidon avuntarpeen kiireellisyyden mukaan, mutta huomasivat kuitenkin kyseisen metodin tehotomuuden: joka paikassa heitä tuli vastaan suuret määrät kuolonuhreja ja näin ollen apua pyytäneitä ei voitu erotella tai jaotella. (Yang ym. 2010, 219.) Sairaanhoitajilla oli erityinen vastuu taata jokaiselle huonossa fyysisessä kunnossa olevalle asiakkaalle lääkeapua. Vaikeuksia ilmeni kuitenkin, kun useimmat kunnalliset terveys-

keskukset olivat tuhoutuneet, eikä puhelimitse pystytty saamaan lääkkeitä kriittisessä tilassa oleville potilaille. (Kayama, Akiyama, Ohashi, Horikoshi, Kido, Murakata & Kawakami 2014, 520.)

Arjun, Matlakala ja Mavundla (2013, 62–63) toteavat tutkimustuloksissaan, että kuitenkin monilääkeresistenttiä tuberkuloosia sairastavista potilaista osa ei noudattanut heille määrättyä lääkehoitoa, vaan jatkoivat tupakan ja alkoholin käyttöä lääkkeiden ottamisesta huolimatta. Nämä tilanteet herättivät sairaanhoitajissa myös turhautumisen tunteita. Sairaanhoitajat huomasivat myös, että osa potilaista ei edes halunnut tai uskaltanut ottaa heille tarjottuja lääkkeitä.

Sairaanhoitajat kohtasit kriisialueella esimerkiksi paljon virtsaamiskyvyttömiä potilaita. Kun sairaanhoitajien mukanaan tuomat katetrit olivat puutteellisia, heidän täytyi leikata putki suonensisäisesti laitettavista infuusioletkuista ja polttaa putken päätä hieman. Tämä siis kertoo sen, että aina kun rutiininomainen ammatinharjoitus ei ollut mahdollista, sairaanhoitajien tuli pystyä työskentelemään joustavasti, aloittekyvykkäästi ja luovasti huolimatta siitä, ettei heillä ollut käytettävissä mitään asianmukaista varustusta tai laitteistoa. (Yang ym. 2010, 220.) Sairaanhoitajan tärkeimmiksi taidoiksi ilmeni resurssien vähäisyyden huomioiminen ja varojen tarkka kulutus, muuan muassa suonensisäisesti annettavien nesteiden rajallinen käyttö (Agazio 2010, 169).

Kaiken ahdingon, monien haasteiden ja pettymysten keskellä sairaanhoitajat myönsivät saaneensa kuitenkin mahdollisuuden kasvattaa niin ammatillisuutta kuin persoonallisuuttaan tekemänsä pelastustyön ansiosta. Sairaanhoitajat kertoivat, että kriisialueella hoitotyön antamat kokemukset auttoivat heitä arvostamaan elämää sekä tukemaan ja auttamaan automaattisesti myös oman hoitoryhmän muita jäseniä. Toisten työntekijöiden auttaminen ja heistä välittäminen myötävaikutti parempaan kenttätööhön kriisialueella. Lisäksi omista henkilökohtaisista ansioista tai häviöistä ei enää kannettu yhtä suurta taakkaa kuin ennen. (Yang ym. 2010, 221.)

Elliott (2015, 1071) kertoo tutkimustuloksissaan, että hoitotyö kriisialueella herätti vahvoja tunteita: sairaanhoitajat kokivat itsensä huomattavasti arvostetuimmiksi ja

tarpeellisimmiksi kuin koskaan uransa aikana. Työskentelemällä ja olemalla osallisenä niin paljon suurempien asioiden äärellä, joissa sairaanhoitajat eivät olleet koskaan ennen toimineet, muutti heidät ihmisinä ikuisesti.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- ONGELMAT

Tutkimuksessa selvitettiin eri kriisialueilla työskennelleiden sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia toteutuneesta hoitotyöstä. Tarkoituksena oli selvittää, millaisena hoitotyö koettiin kriisialueilla ja millaisia tuntemuksia, kokemuksia ja näkemyksiä hoitotyön parissa työskentely toi sairaanhoitajille. Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda sekä uutta tietoa että lisätä näkökulmia sairaanhoitajien kokemuksista hoitotyöstä kriisialueilla.

Tutkimuksen tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Mitä tehtävänkuvia kriisialueella/alueilla hoitotyöhön kuului?
2. Miten ja kuinka hyvin hoitotyö toteutui kriisialueella/alueilla?
3. Mitä tuntemuksia ja kokemuksia hoitotyö herätti?
4. Mitä ennakkoajatuksia ilmeni hoitotyöhön liittyen kriisialueella/alueilla?
5. Miten hoitotyötä voitaisiin kehittää kriisialueella/alueilla?

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä luvussa käsitellään tutkimuksessa käytettyjä tutkimus- ja haastattelumenetelmiä ja niiden toteutumista käytännössä. Luvussa kerrotaan tutkimukseen valikoituneesta kohdejoukosta sekä aineiston keruumenetelmästä. Aineiston analyysiprosessi on kuvattu yksityiskohtaisesti alusta loppuun saakka sekä prosessin havainnollistamisen tueksi on liitetty mukaan esimerkki kerätyn haastatteluaineiston pelkistämisestä ja luokittelusta (Taulukko 1). Luvun lopussa on vielä esitelty tutkimustulosten raportointia.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkija valitsi tutkimukseksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Tutkimusmenetelmä sopi tutkittavaan aiheeseen, sillä tutkimuksessa tutkittiin ja selvitettiin sairaanhoitajien omia kokemuksia ja näkemyksiä hoitotyöstä; tutkija halusi päästä syvemmälle tutkittavaan aiheeseen ja näin ollen saada kokonaisvaltaista ja yksilöllistä tietoa tutkimukseen osallistuvilta haastateltavilta. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana onkin saada moninaista tietoa tutkittavasta kohteesta, kuvata elämää realistisesti ja löytää todellisia asioita tutkimuskohteesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161). Kvalitatiivinen tutkimus kohdistuu ihmisten näkemyksiin, kokemuksiin, uskomuksiin ja tulkintoihin kuitenkin ilman asioiden yleistämistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66). Kvalitatiivinen tutkimus rajaa maailman inhimillisestä näkökulmasta (Eskola & Suoranta 2014, 143).

Kvalitatiivisen tutkimuksen tekeminen nähdään sopivaksi silloin, kun tutkittavasta aiheesta tiedetään vielä liian vähän. Kvalitatiivinen tutkimus tukee myös jo olemassa olevaa tietoa tutkittavasta kohteesta, mikäli tutkimukseen halutaan saada lisää näkökulmia ja uusia ajatuksia tai jos tutkimuskohteen aikaisempia teorioita epäillään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.) Tutkimuksen aihealuetta oli ehdotettu tutkijan löytämässä eräässä aikaisemmin tehdyn opinnäytetyön jatkotutkimusehdotuksissa. Tutkimuksen aihe oli tutkijalle kuitenkin entuudestaan vieras ja näin ollen aikaisempaa kokemusta tai muita ennakko-odotuksia tutkittavasta kohteesta ei ollut. Kvalitatiivinen tutkimus valitaankin usein sillä perusteella,

jos tutkittavaa asiaa tai aluetta halutaan pystyä ymmärtämään ja sen seurauksena yllättyä sekä oppia uusia asioita tutkimuksen edetessä (Eskola & Suoranta 2014, 20; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Tutkimuksen aihetta eli sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kriisialueella toteutuneesta hoitotyöstä ei ole tutkittu paljon aikaisemmin. Lisäksi aihe on ajankohtainen, mutta kovin vieras monelle, joten näin ollen tutkimus tukee kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

Kvalitatiiviseen tutkimukseen sisältyy sen omat tunnuspiirteet, joita on muun muassa naturalisuus, yksilöllisyys, persoonakohtaisuus, induktiivisuus, dynaamisuus ja kontekstispesifisyys sekä tutkimusasetelmien joustavuus. Tunnuspiirteistä naturalisuudella tarkoitetaan asioiden tarkastelua sellaisissa olosuhteissa, jotka ovat luonnollisia ja aitoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.) Tähän tutkija keskittyikin tutkimusta tehdessä: tutkimukseen osallistuvia sairaanhoitajia haastateltiin sellaisista realistisista asioista, joita voi oikeasti tapahtua tai jotka ovat luonnollisesti olemassa. Tutkimuksen persoonakohtaisuus ja yksilöllisyys viittaakin yksilön henkilökohtaisten tunteiden ja toiveiden huomioimiseen ja kuuntelemiseen eli induktiivisuuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67).

Tutkimuksessa kontekstispesifisyydellä tarkoitetaan asioiden kuvaamista selkeästi ja tarkasti, kuten missä tutkimus tehtiin, missä aineistot kerättiin sekä millaisia olivat tutkimuksen tutkittavat tilanteet ja hoitoyhteisöt. Dynaamisuudella taas tarkoitetaan tutkimustehtävien täsmentämistä, esimerkiksi tutkimuksen muotoilemista tutkimusprosessin aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.) Tutkija valitsi tutkimukseensa aineistonkeruumenetelmistä teemahaastattelun, (Eskola & Suoranta 2014, 87) jonka avulla haastatteluissa voitiin tuottaa tarkentavia kysymyksiä sekä tarvittaessa muuttaa kysymysten muotoa ja järjestystä. Tutkimusprosessin aikana tiedon ja aineistojen hakeminen eri paikoista ja aineistojen keruu voivat muuttua tai muovautua: tätä on tutkimusasetelmien joustavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67).

5.2 Haastattelumenetelmä

Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä tutkimuksessa: sen avulla päästään asioihin syvemmin käsiksi vuorovaikutussuhteessa tutkittavan kanssa

(Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204). Haastattelulla eli kysymysten esittämisellä toiselle henkilölle saadaan muun muassa selville, mitä tutkittava ajattelee ja minkälaisia kokemuksia hänellä on (Eskola & Suoranta 2014, 86).

Tutkija valitsi tutkimukseensa teemahaastattelun, sillä se nähtiin sopivimpana vaihtoehtona etsiessä tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä ja kokemuksista. Teemahaastattelut suoritettiin haastateltavien kanssa kahden kesken. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 125–126) kirjoittavat, että teemahaastattelun avulla pyritään etsimään vastauksia tutkimuksessa asetetuille tutkimusongelmille. Kyseisessä haastattelumenetelmässä ja haastatteluista saaduissa aineistoissa korostuvat haastateltavien antamat tulkinnot ja merkitykset eri asioille.

Teemahaastatteluiden aikana tutkijalla sekä haastateltavalla oli oma paperiversio teemahaastattelurungosta ja apukysymyksistä. Tutkija eteni haastattelussa haastateltavan kertoman mukaan, kuitenkin teemahaastattelurungon järjestystä noudattaen, mutta poiketen teemojen omien apukysymysten järjestyksestä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitua haastattelua, mikä tarkoittaa, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat sovittu ja määrätty etukäteen, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä haastattelun edetessä. Haastattelija käy haastateltavan kanssa kaikki valmiiksi päätetyt teema-alueet läpi, mutta haastattelukysymyksillä on lupa muuttua ja jopa vaihtaa järjestystä. Teemahaastattelussa haastattelija käyttää teemahaastattelurunkoa, esimerkiksi tukilistaa, jonka avulla haastattelu etenee käsiteltävien asioiden mukaan. (Eskola & Suoranta 2014, 87; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125; Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä tutkimusaineistoa kerätessä käytetään yleensä jotakin teknistä apuvälinettä, kuten sanelukonetta ja nauhuria aineiston tallentamiseen. Haastattelun nauhoittaminen helpottaa aineiston analyysivaihetta, sillä tutkijalla on aina mahdollisuus kuunnella nauhoitus uudestaan. Ennen haastatteluiden nauhoittamista tutkijan tulee aina informoida haastateltavia nauhoituksesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.) Vaikka tutkimussuunnitelmaan liitetty saatekirje (LIITE 1) tutkimukseen kutsutuille henkilöille sisälsikin informaation haastatteluiden nauhoituksesta, tutkija siitä huolimatta antoi vielä tiedon haastattelun nauhoituksesta jokaisen haastattelutilanteen alussa.

Teemahaastattelua varten on aina tärkeä tehdä etukäteen muutama esihaastattelu. Esihaastattelun avulla voidaan laatia haastattelulle apukysymyksiä, jos haastattelija huomaa, että teema-alueet eivät ole riittävät keskustelun etenemiselle. (Eskola & Suoranta 2014, 89–90.) Ennen varsinaisia haastatteluja tutkija suunnitteli tekevänsä noin kaksi esihaastattelua eli testausta yksilöhaastatteluun, joiden avulla teemahaastattelusta saatiin etukäteen selkeä kokonaiskuva ja teemahaastattelurunkoa ja haastattelukysymyksiä sekä niiden järjestystä voitiin tarvittaessa muokata. Tutkija suoritti kuitenkin yhden esihaastattelun, koska ensimmäisessä esihaastattelussa ei ilmennyt sen suurempia muutettavia asioita teemahaastattelurunkoon tai apukysymyksiin liittyen. Tutkija koki, että yhden esihaastattelun perusteella hän pystyi tekemään tarvittavat muutokset ennalta suunniteltuihin ja laadittuihin apukysymyksiin.

Kesällä 2016 tutkija suoritti esihaastattelun Vaasan keskussairaalassa eräälle sairaanhoitajalle, jolla oli aikaisempaa kokemusta ulkomailla työskentelystä. Esihaastattelu suoritettiin ruotsiksi, sillä tutkittava esitti toiveen haastattelun pitämisestä hänen omalla äidinkielellään. Esihaastateltavan löytämiseksi tutkija sai apua opinnäytetyön yhteyshenkilöltä, mutta haastateltavan kanssa sovittiin esihaastattelun ajankohdasta henkilökohtaisesti sähköpostitse. Esihaastattelu järjestettiin esihaastateltavan omalla osastolla, jossa hän työskenteli. Haastattelutila oli suljettu, äänieristetty ja näin ollen rauhallinen. Esihaastattelua ennen tutkija vielä selvensi, ettei haastattelua tulla nauhoittamaan, vaan tutkija tekee ainoastaan omia kirjallisia muistiinpanoja pitäen mukanaan tutkimuspäiväkirjaa.

Esihaastateltava oli etukäteen tulostanut itsellensä tutkimuksen saatekirjeen, teemahaastattelurungon sekä apukysymykset. Tutkija selvensi myös esihaastattelun alussa, että tutkittavalla on oikeus keskeyttää haastattelu tai peruuttaa johonkin kysymykseen vastaaminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Esihaastattelun jälkeen tutkijalla oli selkeä kuva, kuinka kauan virallinen haastattelu tulisi kestämään keskimäärin, sekä tutkija muutti hieman teemahaastattelun apukysymysten järjestystä. Esitestauksessa tutkija pystyi myös tutustumaan nauhurin eli sanelukoneen käyttöön ja haastattelijana olemiseen ja näin ollen valmistautui varsinaisia haastattelutilanteita varten. Esihaastateltava sai avoimesti antaa omia mielipiteitä, ideoita

ja parannusehdotuksia koskien haastattelukysymyksiä, haastattelurunkoa ja haastattelun etenemistä.

5.3 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen valitaan ne henkilöt, jotka tietävät eniten tutkittavasta asiasta ja aihealueesta. Jotta tutkimuksesta saataisiin mahdollisimman monipuolista tutkimusaineistoa ja uusia näkökulmia sekä tutkimusongelmiin löydettäisiin vastaukset, tutkimukseen tulee valita tutkimuksesta ja sen aiheesta hyvin tietäviä ja kokeneita henkilöitä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa onkin erityisen tärkeää tehdä valinta kahden tiedonantajajoukon välillä: valitako samankaltaisia (homogeenisuus) tai erilaisia henkilöitä (heterogeenisuus), joilla on joko runsaasti kokemusta tutkittavasta aiheesta tai vain vähän tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110–111.) Syvällisemmän ja kokonaisvaltaisemman tutkimusaineiston saamiseksi tutkimukseen osallistuvilla tulee olla riittävästi aikaa osallistua tutkimukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 111).

Vuoden 2016 keväänä tutkija etsi puhelimitse tutkimukselleen sopivaa tilaajaa Suomen eri organisaatioista, joissa työskenteli tutkimukseen soveltuvia sairaanhoitajia. Tutkija sai tutkimusluvan Vaasan keskussairaalan akuuttihoiton palvelualueelle, jonka yhteyshenkilön kanssa tutkija etsi sopivat sairaanhoitajat tutkimukseen mukaan. Perusjoukoksi valikoitui kaikki ne sairaanhoitajat, joilla oli aikaisempaa kokemusta kriisialueella tehdystä hoitotyöstä. Tutkimukseen tulee aina valita otos, joka kuvaa sitä perusjoukkoa eli ryhmää, jota tutkimuksessa halutaan tutkia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104).

Tutkija lähetti Vaasan keskussairaalan akuuttihoiton palvelualueen yhteyshenkilölle opinnäytetyön tutkimussuunnitelman, saatekirjeen (LIITE 1) ja teemahaastattelurungon (LIITE 2) yhdessä tutkimuslupa-anomuksen kanssa. Tutkija lähetti opinnäytetyön tutkimuslupa-anomuksen yhteydessä tutkimussuunnitelman liitteineen myös Suomen Punaiselta Ristiltä saamallaan yhteyshenkilölle. Saatekirje, teemahaastattelurunko sekä apukysymykset olivat käännetty valmiiksi myös ruotsiksi. Ruotsinkieliset liitteet tarkistettiin lopullisesti vuoden 2016 syksyn alkupuolella yhteistyössä Vaasan ammattikorkeakoulun ruotsinkielisen lehtorin kanssa.

Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien valinnassa tutkijaa auttoi Vaasan keskussairaalan akuuttihoiton palvelualueen yhteyshenkilö. Kasvotusten suoritettaviin haastatteluihin valikoitui kaksi sairaanhoitajaa kahdelta eri osastolta. Suomen Punainen Risti valitsi omasta rekisteristään ne sairaanhoitajat, jotka olivat olleet järjestön kautta työskentelemässä kriisialueilla. Kun sairaanhoitajat olivat valittu, jokainen heistä sai tutkimuksen saatekirjeen ja kaikki halukkaat ilmoittivat mielenkiinnostaan osallistua tutkimukseen. Suomen Punaisen Ristin kautta valikoitui viisi sairaanhoitajaa eli koko tutkimukseen yhteensä 7 sairaanhoitajaa. Näin saatiin perusjoukosta eli kriisialueella työskennelleistä sairaanhoitajista otos. Kyseistä otantamenetelmää kutsutaan tarkoituksenmukaiseksi otannaksi (Kankkunen-Vehviläinen-Julkunen 2013, 112).

Tutkimukseen osallistuneilta tulee saada ensin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkija suo tutkittaville luvan kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Lisäksi osallistuneilla tulee olla selkeä kuva ja käsitys, mistä tutkimuksessa on kyse, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. (Leino-Kilpi 2014, 368–369.) Tutkija piti huolen, että tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat saivat selkeän informaation tutkimuksesta, tutkimusaineistojen käsittelystä ja tutkimustulosten raportoinnista. Tutkimukseen osallistuneet saivat liitetiedostoina sähköpostitse tutkimuksen liitteet, joissa esitettiin tutkimuksen tausta ja tarkoitukset sekä haastatteluun tarvittavan aineiston. Myös tutkimustilanteiden eli haastatteluiden päätyttyä tutkija informoi tutkittavia opinnäytetyön valmistumisen ajankohdasta.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ensisijaisesti tärkeämpää saada laadullista ja kokemusperäistä aineistoa kuin määrällistä ja tilastollista aineistoa tutkimukseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen otos on yleensä pieni, joka näkyy tutkimuksen aineistoissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Tutkijan tulee pohtia, mikä olisi sopivin menettelytapa tutkimuksessa, jotta saataisiin parhain lopputulos. On hyvä pohtia, keitä tutkimukseen valitsevat haastateltavat ovat. (Hirsjärvi ym. 2009, 210.)

5.4 Aineiston keruu

Tutkimuksen tutkimusaineisto tutkija keräsi kasvotusten toteutettavista teemahaastatteluista sekä sähköpostitse että puhelimitse saatujen teemahaastatteluvastausten aineistoista. Tutkimusaineisto kerättiin vuoden 2016 kesän sekä alkusyksyn aikana tutkimussuunnitelman aikataulun mukaisesti.

Ennen opinnäytetyön tutkimuksen virallisia teemahaastatteluja tutkija suunnitteli yhteyshenkilönsä sekä sairaalan sihteerin kanssa sopivat haastattelutilat Vaasan keskussairaalaan. Jokainen haastattelu ympäristö oli rauhallinen ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä sekä haastattelutilat olivat yleisiä, suljettuja ja äänieristettyjä koustiloja, jotta haastateltavien anonymiteetti pystyttiin turvaamaan koko haastattelun ajan. Molemmissa haastattelutiloissa oli käytössä suuri pöytä ja useampi tuoli.

Tutkija suunnitteli kunkin haastattelun ajankohdan yhdessä haastateltavien kanssa henkilökohtaisesti sähköpostin välityksellä. Tutkija lähetti haastateltaville sähköpostitse hyvissä ajoin tutkimuksen saatekirjeen, teemahaastattelurungon sekä apukysymykset, jotta haastateltavat saivat tutustua kaikessa rauhassa haastattelun sisältöön ennen varsinaista haastattelupäivää. Tutkimuspäivät ja – ajankohdat saatiin järjestettyä ongelmitta haastateltavien kanssa niin, että ajankohdat sopivat molemmien puolisesti. Haastattelun kestosta informoitiin tutkittavia etukäteen, jotta he pystyivät suunnitella työpäivänsä haastattelun aikataulun mukaan.

Molemmat teemahaastattelut järjestettiin vuoden 2016 syyskuussa samalla viikolla, mutta eri arkipäivinä. Haastateltaville informoitiin vielä uudestaan, että haastattelut tulotaisiin pitämään tutkittavien omalla työajalla. Molempiin tutkimustilanteisiin tutkija oli varannut riittävästi aikaa. Varsinaisten tutkimustilanteiden alussa tutkija juttelei haastateltavien kanssa muista asioista rentouttaakseen tutkimuksen ilmapiiriä. Tutkija antoi haastateltaville vielä uudestaan tulostetut paperiversiot saatekirjeestä, teemahaastattelurungosta ja apukysymyksistä, mikäli haastateltavat eivät olleet tulostaneet kyseisiä liitteitä. Tutkimuksesta informoimisen jälkeen tutkijan tulee saada tutkittavilta tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta allekirjoitetuna suostumuslomakkeeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219).

Ennen tutkimuksien alkua tutkija antoi haastateltaville suostumuslomakkeen (LIITE 4) haastattelua varten, jonka tutkittavat saivat lukea rauhassa läpi ja sen jälkeen heitä pyydettiin allekirjoittamaan oman nimensä lomakkeeseen. Myös tutkija allekirjoitti suostumuslomakkeeseen oman nimensä. Sekä tutkija että tutkittava saivat omat kopiot kirjallisesta suostumuslomakkeesta. Saatekirjeestä oli mahdollista lukea vielä uudestaan tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Tutkittavia informoitiin vielä uudestaan haastattelujen nauhoituksesta, mutta kerrottiin, että anonymiteetti kuitenkin säilyy ja nauhoitukset ja muut lomakkeet tullaan hävittämään välittömästi opinnäytetyön valmistuttua. Tutkittaville kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja heillä on aidosti lupa kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai keskeyttää tutkimus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Tutkittavat saivat haastattelutilanteessa teemahaastattelurungon sekä apukysymysten paperiversion, josta he pystyivät seurata koko haastattelun kulkua. Haastattelujen aikana tutkijalla oli mukana kyniä ja paperia. Molempien haastattelujen aikana tutkija piti apukysymyksiä koko ajan lähellä, sillä teemahaastattelurungon osiot vaativat tarkentavia kysymyksiä haastattelun ajan. Tutkittavat saivat myös itse esittää tutkimuksen aikana tarkentavia kysymyksiä tutkijalle. Molempien haastatteluiden aikana tutkija piti tutkimuspäiväkirjaa ja teki muita tarvittavia muistiinpanoja erilliseen vihkoonsa.

Suomen Punaisen Ristin yhteyshenkilö välitti tutkimukseen valitsemillensa sairaanhoitajille tutkijan lähettämän saatekirjeen ja teemahaastattelurungon apukysymyksineen, jotta myös sähköisesti vastaavat osallistujat saivat informaation tutkimuksen sisällöstä. SPR:n yhteyshenkilöltä tuli myöhemmin pyyntö toisesta saatekirjeestä, joka olisi tarkoitettu ainoastaan Suomen Punaisen Ristin sairaanhoitajadelegaatteille. Tutkija teki organisaatiolle oman saatekirjeen, jonka SPR:n yhteyshenkilö välitti eteenpäin tutkimukseen osallistuville henkilöille.

Tutkija sai sähköpostia henkilökohtaisesti niiltä henkilöiltä, jotka olisivat kiinnostuneita ja halukkaita vastaamaan haastattelukysymyksiin. Tutkija informoi tutkimukseen osallistuvia, että heillä olisi aikaa vastata haastattelukysymyksiin kaikessa rauhassa omalla ajallaan ja valmiit haastatteluvastaukset tulisi lähettää tutkijan

omaan sähköpostiosoitteeseen. Jokaiselle haastatteluun osallistuvalla lähetettiin sähköpostiviestillä vielä erikseen liitteinä tutkimuksen saatekirje, teemahaastattelurunko ja apukysymykset. Sähköisesti palautettavien teemahaastatteluvastausten palautusajankohdasta tutkija sopi yhdessä Suomen Punaisen Ristin yhdyshenkilön kanssa, joka välitti kyseisen tiedon valitsemillensa sairaanhoitajille.

Kesän 2016 lopulla tutkija vastaanotti sähköpostitse kolmelta tutkittavalta haastatteluvastaukset. Sähköpostitse saamat haastatteluvastaukset tutkija kopioi erillisille Word-tiedostoille ja tallensi ne asianmukaisesti henkilökohtaiselle tietokoneelleen, jolloin sähköpostit pystyttiin poistamaan ja näin ollen taattiin jokaiselle tutkittavalle mahdollisimman hyvä anonymiteetti.

Puhelimitse suoritettavia haastatteluja kerääntyi kaksi kappaletta. Puhelinhaastattelut tutkija suoritti yksin omassa kodissaan, jolloin tutkittavien anonymiteetti pysyi suojattuna. Tutkittavia informoitiin puhelimesta, että puhelut pidetään kaiuttimella, jolloin puheluiden tallentaminen nauhurille olisi mahdollista.

Tutkija ei erotellut aineiston keruussa, tutkimusaineistoa analysoidessa eikä tutkimustuloksia raportoidessa, mitkä vastaukset olivat saatu suullisesti toteutuneista, sähköisesti ja puhelimitse saaduista haastatteluvastauksista. Tutkimustilanteessa tutkittavilta kysyttiin vielä tarkempi lupa koskien uutta yhteydenottoa teemahaastattelun jälkeen. Mikäli tutkimusaineistoa analysoidessa tutkija huomasi vielä aineistoissa joitakin puutteita tai epäselviä kohtia, hän tiesi pystyvänsä ottamaan tarvittaessa yhteyttä tutkimukseen osallistuneihin henkilöihin.

5.5 Aineiston käsittely ja analysointi

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analysoinnissa on kyse uuden tiedon tuottamisesta tutkittavasta asiasta. Vielä irrallisesta aineistosta analyysin avulla pyritään tuottamaan kiinteä ja mielenkiintoinen kokonaisuus. (Eskola & Suoranta 2014, 138.) Kerätyn tutkimusaineiston analysointi on tutkimuksen hyvin tärkeä vaihe. Tutkijalle selviää analysoinnin aikana, minkälaisia vastauksia hän saa asettamiinsa tutkimusongelmiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keräämistä ja analy-

sointia tapahtuu usein pitkin tutkimusprosessin kulkua. Tutkimusaineiston analysointi ja sen käsittely aloitetaan kuitenkin mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2009, 221–223.)

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 164) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisin piirre on tutkimusaineiston analysointi induktiivista menetelmää käyttäen. Induktiivisella analyysillä tarkoitetaan aineiston yksityiskohtaista tarkastelua sekä odottamattomien asioiden paljastamista. Induktiivista eli aineistolähtöistä analyysiä käytetään usein silloin, kun tutkittavasta aiheesta ei tiedetä juuri mitään tai aikaisempi tieto aiheesta on heikkoa. Induktiivisen teorian luomisessa tulee huolehtia siitä, etteivät aikaisemmat teorialat, tiedot tai havainnot ohjaa itse analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Sisällön analyysia pidetään perusanalyysimenetelmänä, jonka avulla eri aineistoja on mahdollista sekä analysoida että kuvata samaan aikaan. Sisällön analyysillä tuotetaan käsitekarttoja, käsiteluokituksia- tai malleja, jotka syntyvät laajan, mutta tiiviin aineiston eli tutkitun ilmiön esittelemisestä. Sisällön analyysiä tehdessä tutkijan tulee pystyä kohtaamaan monimutkaisempiakin vaihteita, sillä sisällönanalyysi on hyvin joustavaa sekä säännönmukaistamatonta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167.)

Aineistoa tulee tarkastella hieman ennen lopullista analysoimista. Ensiksi tulee tarkastaa, että tiedot ovat oikein ja selkeitä. Toiseksi tulee huomioida mahdolliset tietojen lisäykset. Tässä vaiheessa voidaan olla vielä yhteydessä haastateltaviin ja kysyä tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 222; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 164–165.)

Tutkimuksessa toteutettua haastattelua analysoidaan yleensä ensin litteroinnin avulla eli kirjoittamalla haastattelunauhojen haastattelut paperille tai tietokoneelle puhtaaksi. Haastattelunauhat voidaan joko kirjoittaa sanasta sanaan paperille tai tutkija voi valita tekevänsä muita ratkaisuja nauhojen analysoinnissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164.) Tutkija aloitti analyysiprosessin kuuntelemalla kaikki tekemänsä nauhoitukset sanatarkasti läpi sekä luki sähköisesti saadut

haastatteluvastaukset. Tutkija kirjoitti jokaisen aineiston puhtaaksi tietokoneen Word-tekstinkäsittelyohjelmaan. Teksteistä poimittiin analyysiyksiköiksi kaikki niin oleelliset ajatuskokonaisuudet kuin yksittäiset sanatkin; näin saatiin kootuksi yhteensä 572 alkuperäistä ilmausta. Aineiston analysoinnin ja litteroinnin jälkeen tutkimusaineisto tuli valmistella analyysiyksikön avulla. Analyysiyksikkö tarkoittaa yksittäistä sanaa tai teemaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168.)

Kolmannessa vaiheessa aineisto järjestetään kokonaisuudeksi ja tämä on usein aineiston käsittelyn suurin työ: aineisto koodataan eli kategorisoidaan. Koodeilla kuvataan joitakin sanoja tai lauseita ja näin ollen tutkija voi valita yksittäiset teemat aineistosta ja nimetä ne koodien avulla. (Hirsjärvi ym. 2009, 222; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 164–165.) Tutkija käytti aineistoa analysoidessa koodoja haastateltavien vastauksissa, jotta tutkittavien haastattelujärjestys pysyi satunnaisena tutkimustuloksissa sekä samalla jokaisen haastateltavan anonymiteetti säilyi. Tutkija toisin sanoen arpoi kaikille haastatteluille oman koodin ja käytti niitä aineiston analysointivaiheessa.

Alkuperäiset ilmaukset taulukoitiin ja jaettiin omiin sarakkeisiin, joissa oli omat värit jokaiselle tutkimusongelmalle. Pelkistämisvaiheessa käytettiin apuna tutkimusongelmia sekä apukysymyksiä: niiden perusteella jokaisista alkuperäisistä ilmauksista saatiin koodattua pelkistettyjä ilmauksia mahdollisimman samoin termein kuin alkuperäisessä aineistossa.

Pelkistetyt ilmaukset jaettiin omiin ryppäisiin ja edelleen ne pidettiin oikeissa värisarakkeissa tutkimusongelmien mukaisesti helpottaen analysointia. Samankaltaisille pelkistetyille ilmauksille annettiin oma alakategoria ja taas vastaavasti samankaltaisille alaluokille luotiin oma yläkategoria. Alla olevassa taulukossa havainnollistetaan muutamalla alkuperäisilmaisun esimerkillä haastatteluaineiston pelkistys- ja luokittelumenetelmää induktiivisessa sisällönanalyysissä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä ja luokittelusta.

Raaka alkuperäinen lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Elintaso nousisi ja kuolleisuus pienenesi.”</p> <p>”Jäi mietityttämään joidenkin ihmisten toipuminen ja kohtalo. Jäi harmittamaan Haitin surkea kohtalo.”</p> <p>”Totta kai ihmisillä kestää vuosia ja vuosia päästä lähellekään sitä, mikä on ollu ennen ku se on tapahtunu se katastrofi, mutta kuitenkin niinku se menee eteenpäin, et alkaa niinku näkyy ehkä valoo tunnelin päässä.”</p>	<p>Elintason nouseminen Kuolleisuuden pieneminen</p> <p>Ihmisten toipuminen Ihmisten kohtalo Haitin surkea kohtalo</p> <p>Ihmisillä vuosien toipuminen katastrofin jälkeen</p>	Ihmisten toipuminen	Mietityttävät asiat
<p>”Oppii tuntemaan paikallista väestöä ja hoitohenkilökuntaa, heidän tapaansa toimia kriisin keskellä.”</p> <p>”Oppii niinku tekeen hoitotyötä ihan toises maassa toisten kulttuurien kanssa.”</p> <p>”Det tillhör också man kollar på omgivningen att vad är det för omständigheten, växer det någonting här, vad har folk för mat och varifrån kommer det.”</p>	<p>Paikallisen väestön toimintaan tutustuminen</p> <p>Oppia tekemään hoitotyötä eri kulttuurien kanssa</p> <p>Lähiympäristöön ja elinpiiriin tutustuminen</p>	Monikulttuurinen työympäristö	Uudet kokemukset

5.5.1 Tutkimustulosten raportointi

Tutkija on vastuussa tutkimuksensa tutkimustulosten raportoinnista. Tutkimustulosten raportointi kuuluu tutkimustyön keskeiseen osaan, ja tulosten avulla voidaan kehittää tutkittua alaa tai aihetta tulevaisuudessa. Tutkimuksessa saatuja primaariaineistoja eli esimerkiksi haastatteluiden nauhoituksista saatuja äänitallenteita ei julkaista sellaisenaan, vaan ne säilyvät ainoastaan tutkijalla itsellään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172; Hirsjärvi ym. 2009, 237.)

Tutkimuksen tekijä raportoi tutkimustuloksista yleensä joko suullisesti tai kirjallisesti tai kummallakin tavalla. Tutkijaa voidaan pyytää julkaisemaan tutkimustulokset eri kokouksissa, seminaareissa tai kongresseissa. Tutkimustulosten raportoinnin tunnuspiirteet ovatkin julkisuus ja kommunikointavuus: tutkimustulokset jaetaan aiheesta kiinnostuneiden tai tutkimuksen yhteistyökumppaneiden läsnä ollessa. Tutkijan tulee pohtia, millä tavalla ja missä tutkimustulosten raportointi luonnistuisi parhaiten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172; Hirsjärvi ym. 2009, 237–238.)

Mikäli tutkija raportoi tutkimustuloksista kirjallisesti, puhutaan tutkimusselosteesta. Tutkimusselosteen laatiminen edellyttää, että tutkijalla on vahvaa tietämystä tutkimusaiheesta, loogista ajattelua ja perustelutaitoja sekä luova kirjoittamisen ja kielellisyyden taito. Tutkijan tulee osoittaa tutkimuksen lukijoille, että hänellä on selkeä tietämys aiheestaan, ja kirjallisessa työssä tulee näkyä selkeästi kaikki tutkimukseen liittyvät teorit, tutkimuksen suuntaukset, ongelmat ja tavoitteet. Tutkijan tulee myös ilmaista tutkimuksessaan asianmukaisin lähdeviittauksin, mitkä ovat hänen omaa tuottamaa tekstiään ja mikä vastaavasti on muista lähteistä lainattua materiaalia. (Hirsjärvi ym. 2009, 240–241; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 174.)

Tutkijan tavoitteena oli, että tutkimustuloksia raportoidessa hänellä olisi esitettävänä uusia ja raikkaita jatkotutkimusehdotuksia tutkimuksen aiheelle tai sen aihealueelle tulevaisuutta varten. Tulee siis muistaa, että vaikka tutkimusongelmiin olisi saatu vastaukset, tutkimusprosessi ei koskaan lopu siihen. Tutkimustuloksista saatua herätä edelleen kysymyksiä, pohdintoja sekä ongelmanasetteluja. Voidaankin

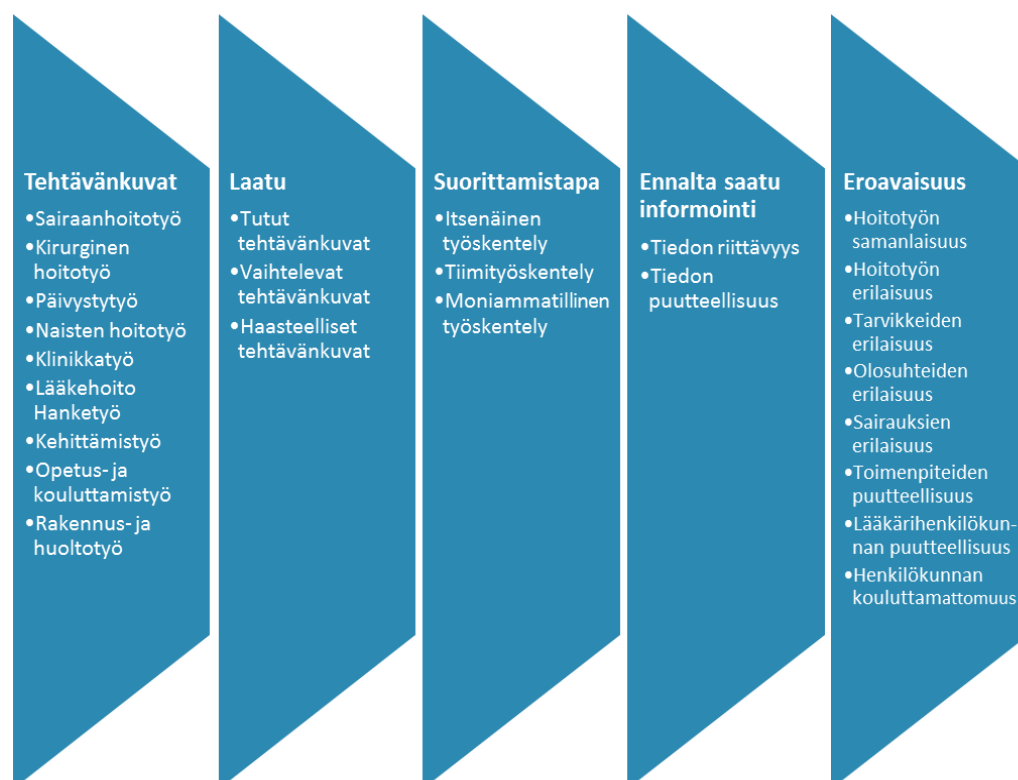
sanoa, että yhden tutkimusprosessin loppu saattaa olla toisen tutkimuksen alku.
(Alasuutari 2014, 277.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset esitetään teemahaastattelurungon viiden eri teeman mukaisesti. Jokainen teema jakautuu edelleen omiin yksityiskohtaisimpiin aihekokonaisuuksiin, jotka syntyivät analyysin aikana saaduista ala- ja yläkategorioista. Tutkimustulosten moniulotteisemmaksi havainnollistamiseksi näkyvillä on ala- sekä yläkategorioiden muodostumista kuvaavia taulukoita ja ryhmiteltyjä kuvioita sekä haastateltavien omia kertomuksia suoraan lainauksin.

6.1 Hoitotyöhön kuuluvat tehtäväkuvat

Ensimmäinen teema sisälsi hoitotyöhön kuuluneet tehtäväkuvat; ne jakautuivat viiteen eri luokkaan, joissa käsiteltiin sekä konkreettisia hoitotyössä toteutuneita tehtäväkuvia, niiden laatua ja luonnetta, niihin ennalta saadun tiedon määrää sekä eroavaisuuksia verrattuna Suomen hoitotyöhön. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Hoitotyöhön kuuluvat tehtäväkuvat kriisialueilla.

6.1.1 Alueelliset ja konkreettiset tehtäväkuvat

Tehtäväkuvat olivat hyvin moninaiset sairaanhoitajien työssä. Suurimmalle osaa haastateltavista kuului ihan tavallinen sairaanhoitotyö, kun taas osa suoritti paljon kirurgista hoitotyötä. Kroonisia sekä trooppisia sairauksia hoidettiin ja huolehdittiin myös haavahoidon ja erilaisten tapaturmien hoitamisen onnistumisesta. Päivystystyötä tehtiin myös kriisialueilla tilanteen vaatiessa. Naisten hoitotyö paljastui yleisimmäksi sairaanhoitotyön alueeksi: lähes jokainen haastateltava vastasi toimineensa joko kätilötyössä, raskaana olevien naisten hoidon seurannassa, neuvola- ja synnytystoiminnassa tai lasten ja vastasyntyneiden hoidon parissa.

Haastateltavat kertoivat, että kriisialueilla hoitotyöhön kuului myös jatkuva materiaaleista huolehtiminen: erilaisten materiaalien ja lääkkeiden varastonhallinta tuli pysyä kunnossa. Lääkehoitoa valvottiin jakamalla lääkkeitä ja tekemällä lääketilauksia. Apteekista huolehtiminen kuului myös sairaanhoitajien tehtäväkuvaan.

Muutama haastateltavista kertoi, että klinikkatoiminnan pyörittämiseen kuului jatkuvaa kontrollia erilaisten paperitöiden ja konttorityön ohella. Konttorityössä pyöritettiin rahataloutta, ylläpidettiin tilanteenjohtamista sekä potilasvirran hallitsemista. Eräs sairaanhoitaja oli myös pitänyt yllä omaa vastaanottoa.

Pitkä kokemus oli rakentunut myös esimiehenä ja osastonhoitajana toimimisesta kriisialueilla. Kaksi muuta haastateltavaa seitsemästä oli taas saanut kokemuksia rakennus- ja huoltotöistä, kuten yleisen sairaalan rakentamisesta ja kunnostamisesta, teknikkona työskentelemisestä ja saostuskaivon huolehtimisesta. Lähes jokainen sairaanhoitaja oli kuitenkin ollut mukana teltojen rakentamisessa ja pystyttänyt klinikkapisteitä apua tarvitseville alueille. Eräs sairaanhoitaja oli vastaavasti ollut huolehtimassa sairaalapuutarhasta ja hoitanut eri tehtäviä keittiössä ja pesutuvassa.

Jokainen haastateltavista kertoi olleensa mukana suorittamassa opetustyötä ja kouluttamista niin omille hoitotiimin jäsenille kuin paikalliselle hoitohenkilökunnallekin. Kriisialueilla oli järjestetty luentoja, pidetty hygieniaohjausta ja opetettu lääkelaskuja. Tietoa pyrittiin koko ajan siirtämään toisille ja aina tilanteen vaatiessa

ohjausta annettiin myös konkreettisissa hoitotilanteissa. Ainoastaan yksi haastateltava seitsemästä kertoi olleensa avustamassa paikallista lääkäriä toimenpiteessä. Ylipäättään henkilökunnan välinen opetus ja ohjaus olivat merkittäviä avainasioita kriisialueella toteutuneen hoitotyön ohella.

''Du ska handleda, du ska utbilda så du kan hamna på riktiga, ordentliga lektioner för personalen naturligt. Och det är en del av jobbet; det heter ju på engelska 'transfers of skills'.'' (A4)

Hallinnollinen puoli sisälsi muutaman haastateltavan kohdalla hanke- ja kehittämissyötä. Koko kriisialuetta tuli kehittää ja uudistaa sekä rakentaa kriisin keskellä olevaa yhteiskuntaa uudestaan.

6.1.2 Hoitotyön tehtäväkuvien laatu

Hoitotyön tuttuus oli hyvin vaihtelevaa kriisialueilla. Lähes jokainen sairaanhoitaja koki tehtäväkuvien olevan sekä ennestään tuttuja, mutta myös omalla tavallaan vieraita. Tuttua hoitotyössä ja hoitotoimenpiteiden osa-alueissa oli sama käsihygieniä, aseptiikka ja sen noudattaminen, samanlainen puhtaus ja haavahoito sekä lääkehoito ja eräät lääkkeet olivat entuudestaan tuttuja. Työ koettiin usein jopa rutiinityöksi hoitotoimenpiteiden samankaltaisuuden ansiosta.

Tehtäväkuvat olivat toki myös haasteellisia, mutta tämä ei tarkoittanut aina negatiivista suhtautumista hoitotyön tekemiseen. Esimerkiksi haasteet koettiin erittäin mielekkäiksi, sillä silloin pystyttiin haastamaan ja näin ollen kehittämään omaa itseään. Haasteellisuutta oli kuitenkin havaittavissa yhteistyön toimimisessa, vastuullisessa koordinaatioprosessissa sekä klinikan pyörittämisessä lyhyen ajan sisällä.

''Siellä ei ollu mitään leikkaussalimahollisuutta, eikä siellä myöskään näissä kahessa, missä mä olin, ei oo ollu gynekologia mukana tai synnytyksiin erikoistunutta lääkäriä, niin siinä mielessä todella haastavaa.''' (A7)

Tehtäväkuvat vaihtelivat suuresti: jokainen sairaanhoitaja oli kohdannut erilaisia ja monimuotoisia hoitotoimenpiteitä. Tehtäväkuvat hoitotyössä muuttuivat päivit-

täin, mutta ajan kanssa toimenpiteet ja käytännöt yhtäläistyivät tutuimmiksi. Tehtävänkuvien erilaisuus oli kuitenkin otettu vastaan positiivisena ilmiönä, sillä uudet tehtävänkuvat rikastuttivat sairaanhoitajien omia aikaisimpia hoitorutiineja.

6.1.3 Hoitotyön tehtävänkuvien toteutuminen

Viisi seitsemästä sairaanhoitajasta korosti itsenäisen työskentelyn toteutumista kriisialueilla. Oli lupa toimia omatoimisesti ja kantaa omaa vastuuta. Kuitenkin kaikki seitsemän haastateltavaa kertoivat työskennelleensä moniammatillisen yhteisön sisällä, johon kuului pääasiassa paikallisia hoitajia ja työnantajia, muita henkilökuntaan kuuluvia jäseniä ja ulkomaalaisia expat-hoitajia eli siirtotyöläishoitajia. Hoitotyötä ja yhteistyötä tehtiin myös kyseisen maan ihmisten kanssa ja osa sairaanhoitajista oli toiminut myös turistityöntekijöiden yhteistyöllä. Yhteistyön löytyminen ja sen toimivuus oli kallisarvoista: suhteita täytyi kyetä luomaan välillä itsenäisesti ja kartoittaa luotettavat yhteistyökumppanit.

”Allt jag har fått in i landet har fått via smugglare: smugglarna som har varit mina bästa stora, goda medarbetare.” (A4)

Jokainen haastateltava kertoi yhteispelin ja tiimityöskentelyn olevan hyvin tärkeää kriisialueilla. Hoitotyötä toteutettiin aktiivisesti toisten sairaanhoitajien, kättilöiden ja lääkärin sekä vapaaehtoisten kanssa. Työtiimi oli vaihtelevaa ja työporukan jäsenet, joiden kanssa työskenneltiin, saattoivat olla välillä tuntemattomiakin. Toimijoiden määrä koettiin kuitenkin riittäväksi ja auttavia käsiä saatiin toisista kättilöistä tarpeen tullen.

6.1.4 Hoitotyön tehtävänkuvista ennakoon saatu tieto

Ennen kriisialueille lähtöä sairaanhoitajat olivat saaneet vaihtelevasti etukäteistietoa hoitotyöstä. Osa haastateltavista oli kokenut tiedon olevan riittävää ja perehdytyksen saaminen ja sen mahdollistaminen hyvää. Oma tehtäväkuva oli joissakin tapauksissa ilmennyt jo työsopimuksessa, kun taas useimmiten etukäteen oli hyvin vaikeaa saada selkeää kuvaa ja tietoa tulevasta työstä.

Eräs haastateltava kertoi, että tulevasta hoitotyöstä oli mahdollisuus saada etukäteen tietoa jo aikaisemmin kriisialueilla olleilta sairaanhoitajilta puhelinkontakteilla; näin ollen työtä oli helpompi ennakoida.

Vaikka haastateltavista lähes kaikki olivat saaneet jonkinlaista tietoa tulevasta hoitotyöstä, saman verran oltiin kuitenkin sitä mieltä, että tiedon saaminen hoitotyöstä oli erittäin vaikeaa etukäteen. Joskus ennalta saatu tieto jäi joko liian pinnalliseksi tai puuttui kokonaan, jolloin vasta kriisialueelle mentäessä työnkuva tuli ilmi. Tässä haastateltavat kuitenkin totesivat, että kriisialueille yleensäkin tulee lähteä avoimin mielin, sillä työnkuva saattaa olla täysin jotakin muuta, vaikka kotimaassa olisikin saatu pieni käsitys tulevista työkuvioista.

6.1.5 Hoitotyön tehtäväkuvien toteutumisen eroavaisuudet

Viisi seitsemästä haastateltavasta vastasi hoitotyön toteutumisen olevan sekä samanlaista että joissakin tapauksissa hieman erilaista kuin Suomessa. Yksi sairaanhoitaja oli sitä mieltä, että kaikki oli täysin erilaista. Sekä Suomessa että kohdemaan kriisialueella hoitotyön suhteellisuus oli saman laatuista ja sairaanhoitajilla oli lupa toimia samalla tavalla kuin Suomessa hoitotyötä tehdessä. Osa haastateltavista vastasi, ettei hoitotyössä ollut huomattavissa eroavaisuuksia, mutta hoitotyötä ei kuitenkaan voinut täysin verrata Suomessa toteutuneen hoitotyön kanssa.

''Ei hoideta niin ku siellä maassa on tapana, että hoidetaan niinku täällä hoidetaan ja kulttuuri otetaan huomioon ja paikalliset tavat. Sen hoitotyön turvallisuuden kannalta kaikki tämmöset asiat tehdään ihan niinku täälläkin, että siellä paikallisis saattaa olla koulutukses sellasia asioita, että ne ei oo ihan sillä tasolla kuin täällä.'' (A7)

Loppujen lopuksi kaikilla seitsemällä sairaanhoitajalla oli kokemuksia erilaisesta hoitotyön toteutumisesta. Toimenpiteet, synnytysten hoito, haavahoidot ja haavataipaukset sekä resurssit olivat erilaisia. Joillakin alueilla toimenpidemahdollisuuksia puuttui täysin kokonaan, kuten leikkaussalimahdollisuudet sekä sikiön ja raskauden seurantomahdollisuudet. Lääkärihenkilökunta oli myös puutteellista: ei ollut syn-

nytyksiin erikoistuvaa lääkäriä, gynekologia, psykiatreja eikä muitakaan yleisiä lääkäreitä. Joko henkilökunta oli heikosti koulutettua tai sitten koulutettu henkilöstö puuttui kokonaan. Eräs haastateltava kuitenkin kertoi, että paikalliset sairaanhoitajat olivat ammattimaisia.

''Eikä ylipäätään oo lääkäreitä, et se työ tehdään siellä kentällä hoitajien ja usein vapaaehtoisten kanssa.'' (A6)

Käytännön tilanteissa koettiin myös puutteita ja eroavaisuuksia Suomen hoitotyöhön verrattuna. Lääkkeitä oli vaikeampaa saada, laboratoriokokeiden saaminen oli hidasta tai ne puuttuivat kokonaan, sekä röntgenkuvien saaminen röntgeniin ei toiminut jouhevasti. Käytössä oli vain tarpeellinen välineistö, jolloin työskenteleminen tuli toteuttaa äärimmäisen niukasti varustetuilla apuvälineistöillä. Hoitotyötä toteuttaessa tuli toimia mahdollisimman helpoilla ja yksinkertaisilla menetelmillä.

Olosuhteet olivat erilaiset hoitotyön toteutumisen turvaamiseksi. Jo itse kyseinen tilanne kriisialueella oli erilainen, mutta myös päivittäiset potilasmäärät erosivat suuresti Suomen hoitotyössä totuttuun tilanteeseen: päivittäinen tavallinen potilasmäärä oli yli 200 potilasta, kun taas eräs sairaanhoitaja oli kokenut Iranissa työskennellessään potilasvirran yltävän 750 lukumäärään.

Keliolosuhteiden erilaisuuksista tuli myös mainintaa. Kriisialueilla oli koettu luonnonkatastrofien aiheuttamia ympäristötuhoja, -myrskyjä ja ilmastonmuutoksia. Joskus apua ja hoitoa tarvitseville alueille oli hankala päästä, sillä taifuuni oli jättänyt jälkeensä mutavyöryjä ja niistä aiheutuneita tietulvia. Kaikki vastaajat olivat kokeneet teltassa asumisen eivätkä he koskaan voineet olla varmoja, millaisiksi sää- ja keliolosuhteet muuttuisivat seuraavaksi. Vaikka ympäristötuhoja ei olisikaan ollut, kriisialueiden ilmasto oli kuitenkin omalla tavallaan haasteellista hoitotyön toteutumisen turvaamiselle.

''Suomessa suurin osa leikataan ja fiksoidaan sisäisillä materiaaleilla, esim. ydinnauloilla, levyillä ja ruuveilla ja proteeseilla. Kuumissa maissa huonoissa hygieniaoiloissa mitään sisäisiä fiksaatiomateriaaleja ei käytetty infektioriskin vuoksi.'' (A2)

Sairaanhoitajat olivat saaneet lisäksi kokemusta erilaisista sairaustapauksista. Korkean kuumeen merkit erosivat tavallisista Suomessa tehdyistä kuumediaгноoseista sekä erilaista ilmenemistä oli havaittavissa myös erilaisten sairauksien kohdalla.

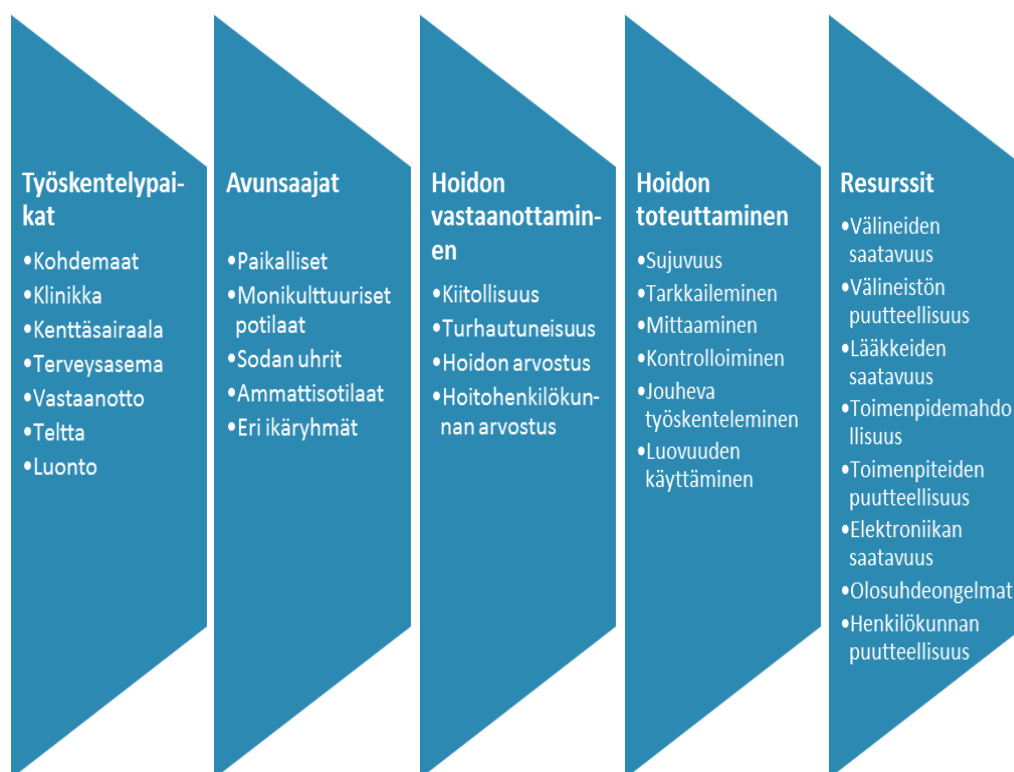
”Suomessa kirurgisella potilaalla korkea kuume toisi ensimmäisenä mieleen infektion leikkaushaavassa, mutta Afrikassa syynä on todennäköisemmin malaria.” (A2)

Kulttuurierojen huomioiminen oli siis hyvin tärkeää – joskus hieman haastavaakin, sillä vaikka jokin hoidollinen asia olisikin suoritettu Suomessa, kriisialueen oman maan lain mukaan toimenpide tai hoidon toteutus oli kielletty. Eräs sairaanhoitaja kertoi, että kiireellisestä tilanteesta huolimatta paikallisilta viranomaisilta ei ollut saatu lupaa palkata lisää koulutettua henkilökuntaa. Lakisääteisten asioiden noudattaminen, kulttuurin, uskonnon sekä paikallisten ihmisten tapojen huomioon ottaminen ja kunnioittaminen olivat asioita, joista lähes jokainen haastateltava kertoi.

”Ska man också väl komma ihåg att livet och döden är accepterat på ett annat sätt ut i världen. Här hemma har det gått väldigt stort inflammation i livet: man får inte dö utan det ska göras allting och dör det är någons fel.” (A4)

6.2 Hoitotyön toteutuminen

Yläkategoriaksi muodostunut seuraava alue, hoitotyön toteutuminen, jaoteltiin viideksi eri teemaksi. Kriisialueet, joissa hoitotyötä suoritettiin, listattiin omaan ryhmään. Alueiden avunsaajat ja heidän tyytyväisyys hoitoon sekä hoitajien kokemukset hoidon onnistumisesta ryhmiteltiin niille muodostuneiden yläkategorioiden alle. Kahteen viimeiseen teemaan lisättiin hoitotyön konkreettinen toteutuminen ja hoitotyön turvaamiselle tarvittavat ja saatavilla olleet resurssit. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Hoitotyön toteutuminen kriisialueilla.

6.2.1 Työskentelypaikat

Kaikki seitsemän sairaanhoitajaa kertoi työskennelleensä Euroopan ulkopuolisissa kohdemaissa. Kaksi sairaanhoitajaa oli työskennellyt Filippiineillä, muut vastaajat kertoivat kokemuksistaan Intiassa, Kambodjassa, Afganistanissa, Somaliassa, Keniassa, Irakissa, Kabulissa, Sierra Leonessa, Haitissa sekä Nepalissa. Filippiineillä hoitotyötä suoritettiin myös maaseudulla, kun taas Haitissa työskenneltiin Port au Princessä eli maan pääkaupungissa.

Kohdemaat ja -alueet olivat sekä rauhoittuneita että uhattuja. Muutama sairaanhoitaja kertoi tehneensä työtä keskellä luonnonkatastrofeja: oli muun muassa maanjäristyksiä, tsunamia, tulvia ja taifuuneja. Sota-alueiden kriiseissä, tsunamin jälkeisissä kriisitilanteissa sekä pakolaistilanteissa tuli myös suorittaa vaativaa hoitotyötä.

Kaikki seitsemän sairaanhoitajaa oli suorittanut hoitotyötä joko terveysasemalla, klinikalla, ulos pystytetyssä vastaanotossa, kenttäsairaalassa tai kuumissa teltoissa.

Yhdellä sairaanhoitajalla oli kokemusta psykiatrisille potilaille järjestetystä avohoitopisteestä, mutta ilman varsinaista hoitopaikkaa. Edelleen eräs sairaanhoitaja kertoi tehneensä hoitotyötä todella huonokuntoisissa kehitysmaan sairaaloissa, kun taas toinen sairaanhoitaja vastasi työskennelleensä hyvin toimivassa terveystieteiden klinikassa, kuitenkin Länsi-Afrikan sademetsässä. Hoitotyötä oli tehty myös akuutin puolella, ompelusalissa- ja mökissä sekä ilmastoidussa leikkausteltassa. Yksi vastaaja seitsemästä kertoi olleensa mukana kotikäynneillä.

''Klinikka pystytettiin semmoseen laaksoon, mihin tuli sitte pidemmältä matkalta ja kylistä ihmisiä'' (A7)

6.2.2 Hoitotyön avunsaajat

Haastateltavista seitsemän eli kaikki kertoi hoitaneensa paikallisia kohdemaan siivittäjiä. Avuntarvitsijoita tuli eri kylistä, mutta maan sen hetkinen kriisitilanne oli ratkaisevin tekijä, ketkä tarvitsivat apua. Tsunamin uhreja ja sodassa haavoittuneita potilaita sekä itse ammattisotilaita hoidettiin. Kaikki seitsemän sairaanhoitajaa oli hoitanut monikulttuurisia potilaita. Näihin potilaisiin kuului liikenneonnettomuuksissa haavoittuneet, ampumavammapotilaat ja kaikki paikkakohtaiset ja vahinkoalueen uhrin.

Kaikki sairaanhoitajat kertoivat, että potilaita oli kaiken ikäisiä. Hoidettavien potilaiden ikäluokka jakautui ihan vastasyntyneistä aliravituista vauvoista vanhuksiin asti. Potilaina oli välitöntä hoitoa, yleensä leikkaushoitoa vaativia ja tarvitsevia potilaita, amputaatiota tarvitsevia ja infektio- ja leikkauksia. Kolme sairaanhoitajaa seitsemästä oli hoitanut paljon gynekologisia ongelmatapauksia, kuten raskauden aikaisia infektio- ja leikkauksia ja raskauden keskeytyspotilaita.

''Se ei kato ikää eikä sukupuolta eikä mitään muutakaan kulttuuritaustaa, vaan se koskee sitä populaatiota, mikä sillä hetkellä sillä paikalla on.''' (A5)

6.2.3 Hoitotyön vastaanottaminen

Kaikki vastaajat eli seitsemän sairaanhoitajaa kertoivat, että apua saaneet potilaat olivat todella tyytyväisiä ja kiitollisia. Potilaita kuvailtiin ihaniksi ja arvostaviksi.

Hoitotyöstä saatiin potilailta jatkuvasti hyvää palautetta ja hoidon vastaanottaminen oli hyvää ja onnistunutta. Yksi sairaanhoitaja seitsemästä kertoi potilaiden olleen turhautuneita.

Vastaajat kertoivat, että hoitotyö oli korkeasti arvostettua eri kriisialueilla. Hoito merkitsi ihmisille paljon: sekä hoitajia että lääkäreitä kunnioitettiin. Paikalliset kirurgit olivat myös tyytyväisiä hoidon toteutukseen. Eräs sairaanhoitaja totesi, että hoitohenkilökunnan yhteistyötaidot olivat todennäköisesti edellytyksenä sille, että potilaat ja asiakkaat vastaanottivat hoidon niin hyvin. Sairaanhoitajien oma kokemus itsensä arvokkaaksi kokemisesta oli hyvin positiivista: jokainen vastaaja koki oman tekemänsä hoitotyön arvokkaaksi sekä arvostetuksi.

''Than viimesinä päivinä hyvä ettei ihmiset kumartunu jalkojen juureen ja suudellu jalkoja.'' (A5)

6.2.4 Hoitotyön toteuttaminen

Kaikki seitsemän sairaanhoitajaa kertoi hoidon olleen hyvin järjestettyä, kaiken sujuminen hyvin, hoitajien olleen ahkeria ja näin ollen yhteistyön toiminen ja työssä jaksaminen oli hyvää. Sairaalassa oli hyvää hoitoa saaneita potilaita ja jonottaminen hoitoon pääsemiseen ongelmattonta. Myös kaikkien apua tarvitsevien hoidon toteuttaminen oli onnistunutta. Vastaajissa oli kuitenkin yksi sairaanhoitaja, jonka mukaan hyvin toteutunutta hoitotyötä oli hankala arvioida. Hänen mukaansa oli vaikea kuvailla, millaista oli hyvä hoitotyö, sillä kohdemaan tilanne ja ympäristö tekivät hoidon toteuttamisesta paljon erilaisemman niin tasoltaan kuin laadultaan kuin esimerkiksi Suomessa.

*''Det beror på i vilket land man är, vad är det som pågår och vilka överenskommelsen man har med lokala myndigheter: man kan inte bara *click* och in och börja.''* (A4)

Neljä sairaanhoitajaa vastasi, että hoitajien tehtäväkuviin kuului myös tarkka potilasjonon tarkkaileminen, ihmisten haastatteleminen, ihmisten ohjaaminen eteenpäin seuraaviin hoitotoimenpiteisiin tai – tutkimuksiin sekä lääkärin seurantaan.

Mikäli lääkäri määräsi potilaille jatkotoimenpiteitä, haavahoitoa tai lääkkeitä, hoitajat ottivat potilaista edelleen vastuun. Mahdollisuuksien mukaan potilaat jäivät hoitoon kyseisen vastaanottopaikan sisälle kuten teltaan tai ulos pystytetylle klinikalle. Hoitotyön toteutumisen kuvailtiin olevan riippuvainen myös paikallisista hoitajista. Erään sairaanhoitajan kertoman mukaan paikallisilla hoitajilla oli toimenkuvanaan potilaiden hoidon kiireellisyysluokituksesta huolehtiminen. Osa muista vastaajista oli myös käyttänyt hoidon kiireellisyysluokitusta ja näin ollen seurannut potilasryhmiä.

Jotta hoitotyön toteutuminen onnistui ja sen voitiin turvata hyvin, sairaanhoitajat mainitsivat tärkeänä asiana paikallisen kulttuurin huomioon ottamisen hoidon järjestelyissä. Hoitotyössä tuli toimia kyseisen kohdemaan omien toimintatapojen mukaisesti. Eräs vastaaja tarkensi, että olisi ollut hyvin turha alkaa käyttämään oman kotimaan oppeja työskennellessä vieraassa kulttuurissa ja ympäristössä, sillä tämä olisi vaikeuttanut myös paikallisen henkilökunnan työskentelemistä. Yksi sairaanhoitaja oli lisäksi vastannut, että paikallisten viranomaisten kanssa solmitut sopimukset vaikuttivat hoitotyön toteutumiseen.

''Sanotaan, että kaikki jotka apua tarvitti, niin ne tuli hoidettua. Jos ei tullu hoidettua, niin me passitettiin meille ambulansseja ja ne passitti sen maan lähimpään siihen sairaalaan, mikä pysty sen asian hoitamaan.'' (A5)

Kaksi sairaanhoitajaa oli ollut sitä mieltä, että hoidettujen potilaiden omat lähtökohdat olivat hyvät eikä potilailla myöskään ollut suurempia ongelmia oman terveyden kanssa. Ylipäänsä päivittäiset potilasmäärät olivat jokaisen vastaajan eli seitsemän sairaanhoitajan mukaan useita satoja: potilaita vastaanotettiin keskimäärin yli 200 ja työskenneltiin joko vuorokauden ympäri tai toisinaan useita tunteja. Hoitotyön tekeminen edellytti omaa uhrautumista työssä jaksamiseen ja jatkuvaan intensiiviseen toimimiseen. Kiireisestä toimimisesta huolimatta akuuttitilanteissa tuli työskennellä sekä hiljaisesti että rauhallisesti.

''Töitä tehtiin 24/7 yöt päivystäen. Vapaapäivä oli kolmen ja viiden viikon välein.'' (A2)

Jokaisen vastaajan suorittama hoitotyö toteutui jossakin juuri sille varatussa tai järjestetyssä paikassa. Yleinen sairaanhoitajien toimintapaikka oli telttä, joka joskus toimi apteekkina, potilaiden vastaanottopaikkana tai vuodeosastona. Psykiatrisille potilaille oli avohoitopiste, jossa hoitotyötä suoritettiin. Muille potilasryhmille oli järjestetty hätäapusairaalaita. Terveysklinikan pystyttämiseen taas tarvittiin sairaanhoitajilta koulutusta ja näppäryyttä. Alkeellisista oloista huolimatta potilaiden viihtyvyydestä ja turvallisuudesta pidettiin huolta.

''Jag alltid skötte om sjukhusträdgården och där var ur tanken att vi skulle ha ett banket trädgård så det lockar insekter, fåglar och sen har patienter någonting att titta på – och det är bra inreharmoniför patienter.'' (A4)

Kaikki seitsemän vastaajaa oli suorittanut hoitotyötä niin, että toimimiseen tarvitsi ja tuli osata käyttää priorisointia ja improvisointia. Asioita tuli kyetä tekemään toisella tavalla, johon oli joko totuttu tai vain olosuhteiden ja kriisitilanteiden nopean vaihtelevuuden vuoksi samojen asioiden toteuttaminen saattoi muuttua erilaisiksi. Hoitotyötä tuli toteuttaa mahdollisimman yksinkertaisin ja luovien menetelmin – näin ollen hoidon sujuvuus saatiin toteutettua hyvinkin onnistuneesti.

Käytännön hoitotyön tehtävinä toteutettiin perustason kliinistä hoitotyötä: jokainen sairaanhoitaja oli suorittanut jollakin tasolla perusterveyden- ja sairaanhoitoa, johon kuului peruselintoimintojen, kuten verenpaineen ja kuumeen mittaamista, potilaiden pesemistä, haavahoitoa sekä muiden toimenpiteiden suorittamista ja lääkkeiden antamista potilaille. Potilaiden hoidon turvaamisen lisäksi oli tärkeää suorittaa vierihoidon ja huolehtia potilaiden psyykkisestä hyvinvoinnista. Eräs sairaanhoitaja vastasi, että usein paikallisen maan kulttuurista johtuen omaiset toimivat itse potilaiden lähihoidossa – sairaanhoitajat näin ollen suorittivat vain välttämättömät hoitotoimenpiteet.

''Ei siinä mitään niin sanottuja hoitotyön ihmeellisyyksiä ruveta toteuttaan, vaan tehdään se, että se ihminen selviää siitä päivästä, siitä tilanteesta eteeppäin.'' (A5)

Kliinisen hoitotyön lisäksi kolme sairaanhoitajaa oli toteuttanut naisen hoitotyötä, jossa he olivat seuranneet naisen raskauden ja mahdollisen alkavan synnytyksen tilaa ja ylläpitäneet raskaana olevien naisten kontrollikäyntejä. Yksi sairaanhoitaja oli ollut mukana tilanteissa, joissa raskauden keskenmenoyritykset olivat lopulta epäonnistuneet potilaiden käyttäessä paikallisia keskeytyspillereitä. Kriisialueilla synnytyksien kasvun kuvailtiin olleen räjähdysmäistä.

Hoitoa toteutettiin kyseisten olosuhteiden mukaan mahdollisimman hyvin. Sairaanhoitajat kertoivat, että toteuttamansa hoitotyö oli joskus jopa ainoa tarjolla oleva apu kohdealueen ihmisille, jolloin oman hoitotiimin mainetta voitiin kasvattaa hyvin tekemällä jatkuvasti aktiivista työtä. Eräs vastaaja kertoi toteutuneen hoidon korkeatasoisuuden olleen rikkaiden paikallisten ja muiden ihmisten hoitoon hakeutumisen edellytys.

6.2.5 Resurssit ja esteet hoitotyön toteutumiselle

Jokainen vastaaja eli kaikki seitsemän sairaanhoitajaa totesi, että hoitotyön toteuttamista esti ja hankaloitti ympäristö- ja olosuhdetekijät. Kohdemaan tai – alueen alkeellisuus oli merkittävänä tekijänä kuin myös olosuhteiden hankaluus ja toimintaympäristöjen erilaisuus. Luonnonkatastrofien aiheuttamat monsuunisateet aiheuttivat runsaita sateita ja pidempiäkin sadekausia, jolloin teiden kulkumahdollisuudet olivat hankalat. Jatkuva sade vaikutti myös tavaroiden kunnossa pysymiseen. Mikäli kriisialueilla ei ollut sateita, yleinen ongelma oli vaihtoisesti kuumuus. Kuuma työskentely-ympäristö lisäsi jo ennestään olevan huonon hygienian laatua.

Muutaman vastaajan mukaan hoitotyön toteuttamista esti myös sotajoukkojen olemassaolo ympärillä sekä sodasta aiheutuvat evakuoinnit häiritsivät hoitotyön suorittamista. Sisäisistä konflikteista aiheutui myös epävakaita oloja: konfliktien aikana ei voitu koskaan olla täysin varmoja, milloin esimerkiksi raketti tai pommi lentää sairaalan katon tai teltan ylle. Yksi sairaanhoitaja mainitsi tämän lisäksi, että niin hoitohenkilökunnalla kuin potilaillakin oli riski sairastua trooppisiin sairauksiin. Kyseinen sairaanhoitaja oli ollut mukana näkemässä, kun malariaa ilmeni hoitohenkilökunnalla.

Henkilökunnan puuttumisesta ja kouluttamattomuudesta oli osalla vastaajista kokemuksia. Sairaanhoitajat kertoivat, että henkilökuntaa oli vaikeaa saada – joissakin tapauksissa koko paikallinen henkilökunta, jatkohoitoa suorittavat hoitajat ja lääkärit puuttuivat täysin kokonaan. Oli pulaa myös koulutetusta henkilökunnasta ja yhteisistä toimintatavoista. Hoitohenkilökunnan välisestä kielitaidon puutteellisuudesta kommentoitiin myös. Sairaanhoitajista yksi oli lisäksi kokenut joskus jännittyneisyyttä työntekijöiden ja omaisten välillä. Koettiin, että potilaiden omaisten tahdon toteuttaminen oli välillä haasteellista. Haasteellisuutta lisäsivät myös suuret potilasmäärät, jonka vuoksi ilmeni ajan puutetta ja tämä toisaalta esti myös hoitotyön toteuttamista.

''Anhöriga blir närvösa och vill att deras patient för först i operation fast inte behöver så kanske kan man vänta tills nästa dag innan man får bort kulan opererad – så det kan vara en situation man jobbar emot.'' (A4)

Jokainen vastaaja mainitsi joitakin resurssien puutteita materiaalien ja tarvikkeiden olemassaolosta ja saatavuudesta. Desinfektioaineiden, ompeleiden ja lääkkeiden saatavuus oli vaikeaa. Lääkepula oli rajallista, mutta kipulääkkeet olivat jossakin paikassa puuttuneet kokonaan. Laboratoriotesteistä ja röntgenkoneesta oli pula. Koneet, jotka puuttuivat täysin kokonaan, olivat pesukone, defibrillaattori ja todella usein hengityskone. Hengityskoneen puuttuessa potilasta täytyi kyetä ventiloimaan käsin ja tämän jälkeen potilaan tuli hengittää omatoimisesti. Mikäli tavaroita oli mahdollista tilata, niiden saapumisessa oli kuitenkin pitkä odotusaika tai toimittamiseen vaadittiin mahdollisesti muita ylimääräisiä resursseja.

''Jag har varit i Afganistan -där jag hade knappt någonting och jag hade beställd lab- och röntgen-equipment från Pakistan via smugglare och de kom sen på häst ryggen över bergen. Det tog sex veckor innan jag fick de. Hästen kostade 60 dollar.'' (A4)

Eräs sairaanhoitaja korosti säästeliäisyyttä materiaaleja käyttäessä; täytyi esimerkiksi miettiä tarkasti, kuinka käyttää laastareita ja sidostarpeita etenkin akuuttihoitotyössä, jossa materiaaleja kului runsaasti. Kyseinen sairaanhoitaja oli toiminut hoitotiiminsä kanssa seuraavasti: sidoksia vaihdettaessa siteet riisuttiin potilaalta,

laitettiin yön yli likoamaan ämpäriässä olevaan pesuveteen ja seuraavana aamuna sidokset ripustettiin aurinkoon kuivumaan, jolloin samoja sidosmateriaaleja voitiin käyttää samalla potilaalla uudestaan.

Muita ympäristöön liittyviä esteitä koettiin lisää. Vastaajista yksi kertoi, että hoitotyötä häiritsi kohdealueella korruption ja henkilökunnan toimesta lisääntyneet varkaudet. Tämän lisäksi kolme sairaanhoitajaa oli suorittanut hoitotyötä ilman vettä. Myös eräässä sairaalassa vesi oli puuttunut kokonaan. Sairaanhoitajista yksi oli lisäksi työskennellyt vuodeosastolla ilman valoa, mutta tähän hän oli ottanut avuksi öljylampun – juuri niin kuin Florence Nightingale oli aikoinaan tehnyt.

Hoitoon liittyviä resurssien puutteita kohdattiin edelleen toimenpiteiden puutteellisuudessa. Melkein kaikki vastaajat kertoivat leikkauksien puuttumisesta tai niiden vaikeasta mahdollistamisesta. Etenkin ortopedisten potilaiden leikkausten tekeminen oli täysin mahdotonta. Usein nähtiin, että käsillä oleva potilas vaati ehdotonta leikkausta onnettomuuden seurauksen tai syövän aiheuttaman kasvaimen vuoksi, mutta olosuhteiden rajoitteista johtuen toimenpidettä ei voitu toteuttaa ollenkaan. Toimenpiteet olivat vain pienimuotoisia, mutta kriisitilanteessa kuitenkin pyrittiin aina tekemään kaikki mahdollinen mihin pystyttiin ja mihin oli kyseisellä alueella sekä kyseisessä olosuhteessa mahdollista.

''Moni sellainen vaiva, joka olisi hoidettavissa Suomessa, saattoi johtaa potilaan menehtymiseen vain resurssien puutteen vuoksi.'' (A2)

Kolmesta sairaanhoitajasta eräs kertoi, että sairaaloita puuttui kokonaan, toinen kertoi teho-osastohoidon rajallisesta toiminnasta, ja kolmas kertoi, että päivystyspoliklinikalla vastaanottotoimintaa ei ollut ollenkaan. Sairaanhoitajat kuvasivat jatkohoidon tarjoamisen ja suorittamisen olevan lähestulkoon mahdottomia. Lisäksi, että jatkohoitoa toteuttava henkilökunta puuttui, potilaiden hoitoa vaativat toimenpiteet olisivat olleet usein niin suuria, ettei niitä voitu edes aloittaa jatkohoidon mahdottomuuden vuoksi.

''Jollekin ihmiselle lääkäri katsoo, et se tarvis jonkun toimenpiteen tai leikkauksen, mutta ei oo mitään mahollisuutta suorittaa jatkohoitoa. Et jotain

ortopedisiä juttuja, niin ei voi laittaa mitään ruuveja tai korjata joku, joka vaatis sit niinku sellasta, koska ei oo sit enää ketään, joka jatkais sitä hoitoa.” (A7)

Vaikka kriisialueilla oli törmätty joidenkin asioiden resurssipuliin ja esteisiin, kaikki seitsemän tutkimukseen vastannutta sairaanhoitajaa kertoivat kuitenkin, että riippuen kohdealueesta resursseja oli saatavilla ja eri asiat olivat turvattuja hoitotyön toteutumisen turvaamiseksi. Usealla vastaajalla oli positiivisia kokemuksia kriisialueilla järjestettyjen asioiden toimivuudesta ja resurssien riittävydestä. Yksi sairaanhoitaja vastasi, että hoitajillakin oli lupa saada levätä ja heille tarjottiin maittavaa ruokaa. Puolet vastaajista kertoivat, ettei resursseista ollut edes pulaa.

Muutama sairaanhoitaja luetteli eri materiaalien saatavuudesta, joita olivat muun muassa tavaroiden, instrumenttien, sidostarpeiden ja apuvälineiden saatavuus, hapen saaminen konsentraattorin kautta sekä ventiloinnin käyttäminen. Kun pesuhuonetta eikä suihkua ollut lähestulkoon missään alueella, käytettiin kylpyammetta pesemiseen. Olosuhteiden rajoitteiden mukaan oli mahdollisuus myös instrumenttien keittämiselle, jolloin taattiin kalliiden välineiden uudelleen käyttäminen toimenpiteissä.

Joillakin kriisialueilla oli saatavilla myös kipulääkkeitä, antibiootteja sekä peruslääkkeitä. Veren saaminen oli myös riittävää yhden sairaanhoitajan kertoman mukaan. Eräs sairaanhoitaja kertoi synnytysmahdollisuuksien järjestymisestä sekä mahdollisuudesta punnista vauvan paino. Perusverikokeiden ottamisen mahdollisuus oli myös turvattu.

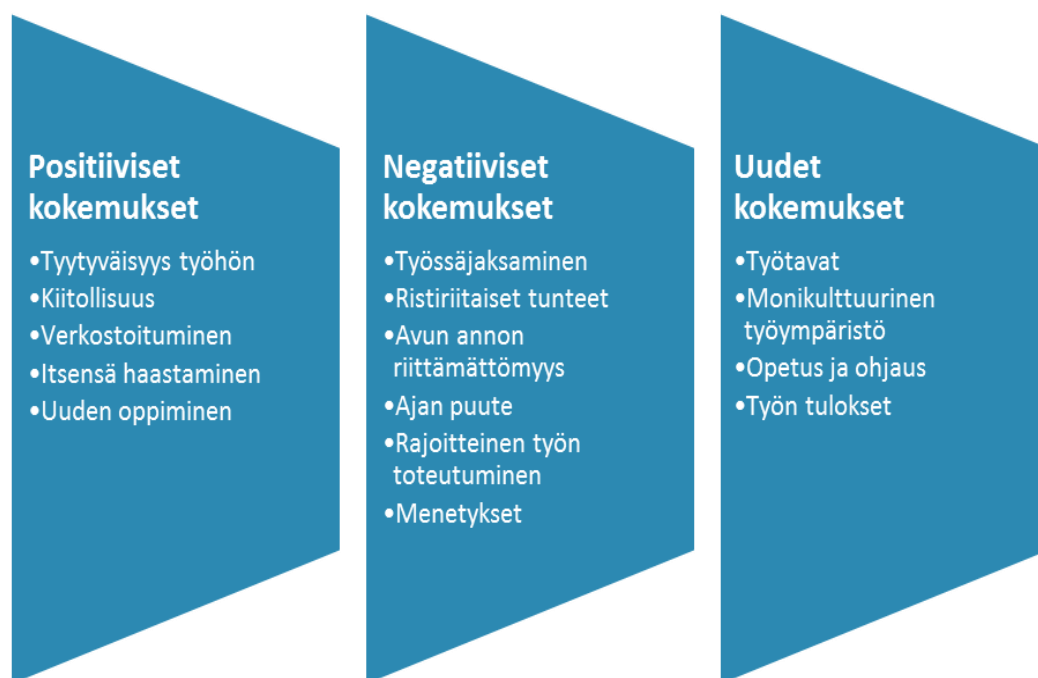
Sähkön ja veden saaminen oli useilla alueilla puutteellista, mutta siitä huolimatta esimerkiksi sähköä voitiin saada kuitenkin iltaisin, päiväsaikaan tai Punaisen Ristin klinikalla. Kolme sairaanhoitajaa kertoivat, että saatavilla oli myös generaattoreita ja aggregaatteja sähkön turvaamiseksi. Vettä saatiin myös Punaisen Ristin klinikalta, mikäli työskenneltiin esimerkiksi teltoissa tai muissa puutteellisissa rakennuksissa.

Mahdollisuuksia kriisialueilla oli myös rajalliseen kirurgiseen leikkaushoitoon. Yksi sairaanhoitaja painotti yksinkertaisimpien toimenpiteiden käyttämistä rajallisten resurssien vuoksi, kuten sotakirurgian toteuttamisessa. Yleiskirurgian kehittyminen oli erään sairaanhoitajan kertoman mukaan lisääntymässä koko ajan tehdesään työtä kriisialueilla. Lapsille oli mahdollistettu plastiikkakirurgian toteuttaminen ja muille ikäryhmille voitiin myös suorittaa korvien plastiikkakirurgiaa. Kolme sairaanhoitajaa kertoi, että synnytyssali oli käytettävissä. Muita eri toimipisteitä hoitotyön toteuttamiselle oli talon klinikalla toimiva laboratorio sekä aliravittujen lasten ruokintakeskus.

Jotta synnytyssaleissa hoitotyön onnistuminen voitiin turvata mahdollisimman hyvin, kätilöitä ja hoitajia oli saatavilla – näin totesivat kaksi sairaanhoitajaa vastauksissaan. Kommunikoinnin helppoudesta kertoi yksi sairaanhoitaja, joka oli pystynyt kommunikoimaan paikallisten ihmisten kanssa heidän hyvin sujuneella englanninkielellä. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja mahdollistaminen oli hankalaa, mutta sen parantamisen eteen tehtiin töitä. Yksi sairaanhoitaja oli huomannut, että hoidon jatkuvan turvaamisen mahdollistettiin yhteyskontaktien avulla sekä hoitajat pyrkivät pitämään yllä hoidon jatkumista aina lääkärin diagnoosin jälkeen parhaalla mahdollisella tavalla.

6.3 Hoitotyön herättämät tunteet ja kokemukset

Suoritetusta hoitotyöstä sairaanhoitajilla ilmenneet tunteet ja kokemukset jaettiin kolmeen eri teemaan, joiden yläkategoriat muodostuivat analyysivaiheessa saatujen pelkistettyjen ilmausten alakategorioista (Kuvio 3).



Kuvio 3. Hoitotyön herättämät tuntemukset ja kokemukset.

6.3.1 Positiiviset kokemukset hoitotyöstä

Kaikki vastaajat eli seitsemän sairaanhoitajaa vastasi hoitotyön suorittamisen olleen todella hieno kokemus kriisialueilla. Mielekkäitä kokemuksia oli syntynyt runsaasti, ja eräs sairaanhoitaja totesi, ettei työnsä aikana hänelle noussut lainkaan raskaita tuntemuksia. Nöyryyden tunteminen oli merkityksellä ja myös ylpeyttä koettiin tehdystä työstä. Eräs sairaanhoitaja kertoi, että kriisialueilla työskenteleminen oli hänen yksi elämänsä parhaimmista kokemuksista.

”Nöyryyttä elämän ja kuoleman edessä -nöyryyttä ymmärtää ja hyväksyä, ettei osaa ja tiedä kaikkea.” (A2)

Positiivisten muistojen syntymiselle vastaajat pohtivat omien aikaisempien kokemusten vaikutusta. Omat aikaisemmat kokemukset olivat myös sidoksissa työssä jaksamiseen. Eräs kokenut kriisialueilla hoitotyötä suorittanut sairaanhoitaja totesi, että vaikka kriisialueelle lähtikin aluksi kokemattomana, komennus koettiin siitä huolimatta helpoksi. Useammalla sairaanhoitajalla aikaisempien kokemusten herättämät tunteet syntyivät vasta kohdemaassa tai – alueella paikan päällä.

Kaikki sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä omaan työhönsä: työssä voitiin nauttia, jolloin työtä myös tehtiin ilolla. Lisäksi, että työn tekeminen oli hauskaa, työn tekemistä arvostettiin seikkailuna. Lähes jokaisen sairaanhoitajan kertomuksien mukaan heistä välittyi kiitollisuuden tunteminen hoitotyön tekemistä kohtaan. Jotta omaa mentaliteettia voitiin pitää yllä ja suhtautua hoitotyöhön positiivisesti negatiivisista puolista huolimatta, toivoa tuli pitää yllä, työhön täytyi lähteä sekä toimia työssä avoimin mielin sekä yrittää painaa mieleen kaikki onnistumiset.

Kaikilla vastaajilla oli ollut hyvä hoitotiimi ja muu työyhteisö, jonka kanssa he suorittivat hoitotyötä. Verkoston ilmapiiri koettiin olevan positiivinen ja yhteenkuuluvuutta, sillä siitä saatiin tukea aina tarpeen tullen. Työkavereiden kanssa lähennyttiin niin tiiviisti, että tiimin jäsenet pystyivät jakamaan keskenään omia henkilökohtaisia asioita ja näin ollen luottamaan toisiinsa. Kolme sairaanhoitajaa vastasi, että usein hoitotiimin jäsenet asuivat koko komennuksen ajan samassa talossa tai jopa jakoivat saman huoneen – hiljattain hoitajien välille muodostui perheside. Mikäli työn ulkopuolelle jäi vapaata-aikaa, yhdessä pidettiin hauskaa. Vastaajista useat saivat luotua iänikuisia ystävyys-suhteita komennuksen aikana ja vielä sen jälkeen. Kaksi sairaanhoitajaa seitsemästä kertoikin, että vielä monen kymmenen vuoden jälkeen he ovat edelleen pitäneet yhteyttä samoihin kollegoihin, joiden kanssa he aikoinaan suorittivat hoitotyötä kriisialueilla, vaikka kyseiset hoitajat asuvatkin muualla ympäri maailmaa.

Hoitotyöstä positiiviset muistot jäivät myös haasteiden kohtaamisesta ja itsenäisestä vastuun kantamisesta. Eräs sairaanhoitaja kertoi toimineensa usein ilman varasuunnitelmia, jonka seurauksena työn haasteellisuus kasvoi. Kun haasteissa onnistuttiin, se koettiin hyvin positiivisena asiana. Tämän lisäksi pärjäämisen tunteuksia lisäsi potilaan jatkuva itsenäinen tarkkaileminen ja potilaan havainnoiminen ilman erilaisia mittareita. Läheskään aina ei ollut tarjolla samanlaisia kotimaan resursseja, jolloin hoitotyötä suoritettiin kuitenkin samoin periaattein kuin Suomessa, mutta vain heikommilla resursseilla. Vastaajista lähes kaikki olivat sitä mieltä, että vastuun kantaminen tuki ammatillista kehitystä.

”Det finns inte någon orsak till att ha något negativa känslor där avslaget för att det är ju direkt livsräddande åtgärder vi gör.” (A4)

Sairaanhoitajat kertoivat positiivisten muistojen syntyneen myös uusien asioiden oppimisesta ja kokeilemisesta. Yksi sairaanhoitaja oli ollut kiitollinen siitä, että sai toteuttaa hoitotyössä sellaisia asioita, jotka olisivat muuten olleet kiellettyjä Suomessa. Onnistuminen täysin uudessa hoitokulttuurissa nosti itsetuntoa ja samalla varmuuden tunne kehittyi suoritettaessa hoitotyötä paikallisten hoitajien kanssa. Eräs vastaaja kertoi, että positiivista oli etenkin uusien työtapojen keksiminen tutun työn suorittamiseen: omien päätösten tekeminen oli sallittua, mikäli jotkin asiat siirtyivät suoraan hoitajien vastuulle ilman lääkärin konsultaatiota.

6.3.2 Negatiiviset kokemukset hoitotyöstä

Kaikilla seitsemällä sairaanhoitajalla oli kokemuksia jostain negatiivisista asioista heidän suorittaessaan hoitotyötä tai ollessaan kriisialueilla. Sairaanhoitajat olivat kokeneet toisaalta väsymystä ja uupumusta, mutta myös turhautuneisuutta muun muassa liialliseen väsymykseen. Yksi sairaanhoitaja mainitsi, että tunteet saattoivat toisinaan siirtyä potilaista henkilökuntaan. Jokainen oli kokenut ailahtelevia sekä ristiriitaisia tunteita: huomattiin, että kohdemaan tilanteen hektisyys vaikutti suuresti tunteiden nopeisiin vaihteluihin. Yhden vastaajan mukaan negatiiviset tunteet syntyivät vasta palattua takaisin kotiin komennuksen jälkeen.

Kohdemaan tai -alueen hektisyys olikin merkittävä tunteiden sekoittaja. Sairaanhoitajien mukaan ahdistuksen tunteminen oli kytköksissä ihmisten elämän erilaisuuden näkemiseen: oli esimerkiksi vaikeaa nähdä ihmiset epätoivoisina orpoina. Maan kaaoksen aiheuttama järkytys herätti jokaisessa vastaajassa voimakkaita tunteita.

''Tavallaan se on tosi ristiriitaista, et on semmonen niinku innostus ja hypetys omalta puolelta, et 'Ooh, mä saan kokee tämmöstä ja onpa tää mahdollavaa' – sit toiset ihmiset on menettänyt kaiken ja niillä on kuollut niiden perhettä tai sukulaisia.'' (A7)

Ympäristön aiheuttamien järkytysten lisäksi sairaanhoitajista kaikki olivat kohdanneet vaarallisia tilanteita, potilaiden menetyksiä tai nähneet kriittisessä tilassa olevien potilaiden aiheuttamia olotiloja. Vastaajien joukossa oli myös yksi, joka koki

vaikeana kokemuksena nähdä potilaan irtaantuminen omasta perheestään esimerkiksi evakuoititilanteessa tai perheenjäsenen kuoleman kohdatessa. Työkavereiden menehtymisten näkemistä tapahtui myös oman hoitotiimin keskuudessa kahden sairaanhoitajan kertomana. Eräällä sairaanhoitajalla oli jäänyt negatiivisena kokemuksena nimenomaan pitkäksi ajaksi mieleen muistikuvat kauheista kokemuksista.

Kriisialueilla hoitotyön suorittaminen oli rajallista: oli siis mahdotonta auttaa, hoitaa ja pelastaa jokainen ihminen. Muutamalla sairaanhoitajalla oli jäänyt negatiiviseksi kokemukseksi tunne riittämättömästä avun annosta potilaille.

''Negatiivista oli tunne ettei pystynyt auttamaan tarpeeksi ja aika oli liian lyhyt. '' (A1)

Kun työtä jouduttiin suorittamaan toisinaan koko kellon ympäri tai tekemään pelkkää päivä- ja yötyötä kiireen keskellä heikoilla resursseilla, se oli koettu negatiiviseksi asiaksi. Asiaa hankaloitti entisestään se, jos työtä tehtiin paikassa, jossa mikään ei kulkenut eteenpäin. Työ oli joskus jopa täysin vierasta, työkuvio tai – ympäristö muuttui yhtäkkiä ja muutosten tekeminen työhön lisäsi vaikeuksia.

Yksi sairaanhoitaja seitsemästä vastaajasta oli maininnut, että työskentelemällään alueella oli yhteen aikaan havaittavissa itsemurha-aaltoja, väkivaltaa sekä huumeiden käytön lisääntymisen ilmiöitä – tämä hankaloitti hoitotyön suorittamista entisestään.

Toinen sairaanhoitaja kertoi, että kykenemättömyys puhua paikallista kieltä lisäsi vaivaannuttavia kokemuksia. Huomattiin myös, että joukossa oli aina hoitotyöhön kykenemättömiä työntekijöitä ja osa heistä sai myös psyykkisiä ongelmia. Lievemmissä tapauksissa hoitotiimin jäsenistä jotkut ottivat hoitotyön liian kärsimättömästi.

6.3.3 Uudet kokemukset hoitotyöstä

Uusina ja samalla positiivisina kokemuksina pidettiin potilaiden ja paikallisten ihmisten positiivista ja iloista asennetta kaikesta alkeellisesta elämästä huolimatta. Sairaanhoitajat viettivät yhdessäoloa paikallisten ihmisten kanssa, minkä koettiin

olevan motivoiva tekijä hoitotyössä. Kaikki sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että työskenteleminen eri kulttuurien kanssa toi uusia näkökulmia hoitotyöhön: opittiin tekemään työtä erilaisten hoitotiimien kanssa, yhteistyö oli merkityksellistä sekä toimiminen paikallisten lääkäreiden kanssa oli onnistunutta. Uusi ja positiivinen kokemus oli myös mahdollisuus puhua englantia paikallisten kanssa.

''Paljon laulua. Opetimme lapsille laulun 'Pää, olkapäät, polvet, varpaat' – oppivat hetkessä laulamaan suomeksi.''' (A1)

Kaikki seitsemän vastaajaa tunsivat kunnioituksen syntymisen paikallista hoitohenkilökuntaa kohtaan. Hoitotiimi oli mainio ja näin ollen paikallisten työkavereiden toimimista voitiin vain ihaila. Jo valmiiksi kokeneet delegaatit toimivat päättäväisesti, mutta myös aloittelijat pystyivät luomaan koulutuksellisen yhteistyön paikallisen henkilökunnan kanssa. Yhdessä hoitotiimin kanssa potilaita hoidettiin aina tasa-arvoisesti ja kaikkia ihmisiä autettiin taustastaan riippumatta – myös kriisialueen viholaisia.

''Oppii tuntemaan paikallista väestöä ja hoitohenkilökuntaa -heidän tapansa toimia kriisin keskellä.''' (A3)

Toinen paljon uusia kokemuksia herättävä asia oli työn tulosten näkeminen. Jokainen sairaanhoitaja koki hoidon aikaansaannin olevan suurta ja mahdollisuus auttamiseen oli riittävää ja tehokasta. Työn tulosten näkeminen herätti sekä uusia, kiitollisia kokemuksia että onnistumisen tuntemuksia, sillä voitiin huomata työn jatkuvuus. Eräs vasta kriisialueilla organisatoriseen työnkuvaan kiinnostunut sairaanhoitaja oli toiminut erilaisten hankkeiden parissa: hänen uudet kokemuksensa syntyivät hankkeiden vaikuttavuuksien näkemisestä sekä tasokkaasti suunnitelluiden hankkeiden etenemisestä. Pienillä teoilla oli kokonaisvaltaisesti suuri merkitys. Yhden sairaanhoitajan sanojen mukaan kaikki oli mahdollista ilman rajoja.

''Kun me ollaan ihan jossain toisessa maassa ja sitten siellä on monenmaalaisia ihmisiä töissä ja paikalliset asukkaat, ja sit ku sinne saadaan hyvällä suunnittelulla se hanke ja työ etenemään, niin ne on ihan mahtavii kokeumuksii ja siit oppii ihan hirveesti.''' (A6)

Tämän lisäksi uusia kokemuksia hoitotyöstä nousi esille paikallisten ihmisten opetus ja ohjaus. Lähes kaikki vastaajat olivat ohjanneet jollakin tavalla paikallisia hoitajia, hoitohenkilökuntaa tai paikallisia ihmisiä ja potilaita. Paikallisia koulutettiin hoitotyöhön ja tämän seurauksesta syntyi onnistumisen tunteita onnistuneista oppitunneista. Muutama sairaanhoitaja oli ryhtynyt pitämään kriisialueilla hoitotyön ohella hygieniakampanjoita, joiden avulla paikallisia ihmisiä, etenkin pienten lasten äitejä ohjattiin. Kampanjoiden pitäminen oli monelle täysin uusi kokemus, mutta ne silti kantoivat aina hedelmää ja voitiin nähdä ihmisten hyötymisen niistä. Omaaloitteisuus oli tärkeää, sillä eräs sairaanhoitaja oli järjestänyt kylään puhdasta vettä ja tämä oli paikallisille ihmisille todella merkityksellistä. Taas toinen sairaanhoitaja oli itsenäisesti alkanut pitämään huolta sairaalan kasvimaasta.

''Sä meet pitämään jotaki hygieniakampanjaa jonku katastrofin jälkeen, et 'Nyt on tosi tärkeä, että tässä vaiheessa te pesette kädet ja teette näin ja näin' et ihmisillä ei oo tietoo, jos ei osaa lukee, niin se voi olla ihan niinku dramaattinen apu tai seuraamukset positiivisella tavalla yhdelle kylälle. Vaikka kun ne äidit rupee pesemään kädet ennen kun ne tekee ruokaa niiden lapsilleen, se voi olla ihan joku semmonen juttu, mikä meille on päivänselvää.'' (A7)

6.4 Hoitotyöhön liittyvät ennakkoajatukset kriisialueilla

Neljäs teema rakentui tutkimusongelmasta, joka käsitteli hoitajien sekä potilaiden ennakkoajatuksia ja -odotuksia hoitotyöhön liittyen. Teemoja muodostui kolme: hoitajien ennakkoajatukset, potilaiden ennakkoajatukset ja ennakkoajatusten korjaaminen. Kaikkiin teemoihin kerääntyi alakategorioita saaduista vastauksista. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hoitotyöhön liittyvät ennakkoajatukset kriisialueilla.

6.4.1 Hoitajien ennakkoajatukset hoitotyöstä

Neljä sairaanhoitajaa seitsemästä vastaajasta oli osannut varautua ennakkoon vieraan maan vieraisiin hoitokäytänteisiin, tekemään työssä luovia päätöksiä sekä he olivat myös varautuneet työpäivien pituuteen. Vain yksi sairaanhoitaja mainitsi, että ennakkoon varautumisen helppouden syynä oli oma kokeneen hoitajan asema.

Vastaajista puolet oli myös odottanut hoitotyöltä ja sen suorittamiselta enemmän: oli sekä odotettu että jännitetty vaikeampia oloja ja tilanteita kriisialueilla. Sairaanhoitajista kaksi oli myös ajatellut tekevänsä enemmän kliinistä työtä kuin paperityötä sekä suorittamaan suurempia asioita käytännössä. Eräs vastaajista mainitsi lisäksi, että odotti asiakkailta jopa suurempia odotuksia kuin käytännössä loppujen lopuksi ilmeni.

Kahdesta sairaanhoitajasta toinen yllättyi siitä, ettei välttämättä hoitohenkilökunnan tai potilaiden ja henkilökunnan välillä ollut yhteistä puhuttua kieltä. Toinen sairaanhoitaja taas kertoi, ettei tärkeintä ollut kiireinen toimiminen tilanteen hektisyydestä huolimatta, vaan tuli oikeasti toimia rauhallisesti ja yhteen asiaan keskit-

tyen kerrallaan. Yksi vastaaja lisäsi, että käytännössä kulttuurien tapojen opetteleminen tuli tehdä jo ennen varsinaisen työn teon aloittamista. Hoitotyön aikana oli merkityksellistä ottaa huomioon mahdollisuus hoitaa potilas myös hoidon aloittamisen jälkeen priorisoimalla eri asioita. Hoidon jatkumon turvaaminen ei aina ollut yhtä itsestään selvä asia kuin kotimaan turvatussa hoitokulttuurissa. Kulttuurillisten asioiden huomioon ottamisen tärkeyden lisäksi ei ollut osattu myöskään varautua teltassa nukkumiseen, etenekään maanjäristyksien aikana.

Resurssikysymykset tulivat myös ennakkoajatuksissa ilmi; muun muassa paikallisilla hoitajilla oli erään sairaanhoitajan mukaan korkeat odotukset resursseista hoitotyötä varten. Tutkimukseen kaksi vastannutta sairaanhoitajaa oli valmiiksi varautunut resurssien puutteellisuuteen tai materiaalien saamisen mahdollisuuteen. Vastaajan omiin odotuksiin nähden resurssien määrä oli huomattavasti alhaisempi, mutta toisaalta ei henkilökunnan tiedot eivätkä taidotkaan riittäneet potilaiden suurien odotusten toteuttamiseen. Omasta oppimisesta usea vastaaja mainitsi, että heillä oli joko korkeammat odotukset omasta tieto-aidostaan tai sitten he vastavasti yllättyivät oman oppimiskapasiteetin ylittämisestä.

''Oletti vain, että itse menee jakamaan sinne tietoa, mutta tosiasiassa tuntui, että itse oppi vähintään yhtä paljon.'' (A2)

6.4.2 Potilaiden ennakkoajatuksiset hoitotyöstä

Tutkimustuloksissa tuli erilaisia mainintoja potilaiden ennakkoajatuksista ja – odotuksista hoitotyötä kohtaan. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, ettei potilaiden ennakkoajatuksia ja -odotuksia ole edes tarpeellista vähentää. Oli tapauksissa, jolloin potilaat olivat hyvinkin vastaanottavaisia tarjottua apua kohtaan ja olivat asennoituneet myönteisesti saamaansa hoitoon. Eri kriisialueilla oli kohdattu erilaisia ihmisjoukkoja, joista osalla oli paljonkin ennakkoajatuksia, kun taas jollakin asiakaskunnalla ei ilmennyt mitään vastustusta tai epäilystä heille tarjottua hoitoa ja apua kohtaan. Erään sairaanhoitajan työkomennuksessa potilaat olivat yllättyneet hoidon maksuttomuudesta. Potilaiden käsitykset todellisuudesta olivat kokonaisuudessaan erittäin erilaisia.

Kaikilta seitsemältä sairaanhoitajalta saatiin vastauksia potilaiden ennakkoajatuksesta erilaisia toimenpiteitä kohtaan. Erityisesti potilailla oli suuria odotuksia leikkauksmahdollisuuksia kohtaan ja oli oletettu esimerkiksi kirurgisten toimenpiteiden olevan aina mahdollisia kaikenlaisissa kenttäolosuhteissa. Ihmiset olivat myös odottaneet saavansa välitöntä apua ja että kaikenlaisen hoidon saaminen olisi ollut mahdollistettu, kuten jo vanhojen kroonisten sairauksien parantaminen tai ampu-mahaavasta toipuminen. Erään sairaanhoitajan työskennellessä oli toisaalta huomattu, että potilaat saattoivat luovuttaa toivon liian herkästi sellaisissa tapauksissa, joissa potilaat eivät uskoneet parantuvansa vaikkapa vakavasta vammasta tai sairaudesta. Valitettavan usein potilaiden korkeista odotuksista ja oletuksista koitui heille pettymyksiä ja turhautumista.

''Joskus oli epärealistisia odotuksia: kerran tuotiin kuollut potilas ja odotettiin, että hänet saadaan herätettyä henkiin.'' (A2)

Yksi sairaanhoitajaa kertoi, että joillakin potilailla oli ensinnäkin pelko sairaaloita kohtaan, koska he kuuluivat paikalliseen voodoo-uskontoon. Potilailla oli myös omia ennakkoajatuksia ja väärinkäsityksiä lääkehoidosta. Lääkkeistä oli ilmennyt eri käsityksiä tai ainakin voitiin huomata, että kriisialueilla hoidettavien potilaiden käsitykset lääkkeitä ja niiden vaikutuksista olivat hyvin erilaisia verrattuna Suomessa hoidettavien potilaiden mielipiteisiin lääkehoidosta. Potilailla oli vahva mielipide siitä, että antibiootin tulee ehdottomasti olla ruiskussa – ei tabletin muodossa. Avunsaajilla ei myöskään ollut luottamusta vitamiineja ja mineraaleja kohtaan. Sama sairaanhoitaja oli myös kohdannut ongelmia verenluovutuksessa.

''Hela blod-frågan så det kan vara helt problem att få folk donera blod. En Nigerian man frågade att: ''Men om jag får nu en blod från är den här kvinno blod eller är det blod som är man, och vad händer om jag får kvinno blod?'''' (A4)

6.4.3 Ennakkoajatusten korjaaminen

Yksi vastaajista kertoi heti aluksi, että niin sanotut vääristyneet ennakkoajatukset ja -odotukset ovat täysin normaaleja ensimmäisellä työkomennuksella. Ennakko-odotukset realisoituivat hänen tilanteessaan kuitenkin aika nopeasti kriisialueelle saavuttaessa. Jotta hoitotyön suunnitteleminen olisi helpompaa kohdealueella, omat ennakko-odotukset tulisi muuttaa realistisiksi mahdollisimman nopeasti. Lähes jokainen vastaaja oli sitä mieltä, että hoitotyöhön reagoimista oli vaikea ennakoida ensimmäisellä työkomennuksella. Myöskään ennalta olevia käsityksiä kohdemaasta ja sen kulttuurista ei ollut, ja oli vaikea varautua ennakkoon kriisialueilla ilmeneviin sääolosuhteisiin. Yksi sairaanhoitaja ei kuitenkaan osannut sanoa, kuinka ennakkoajatuksia voitaisiin loppujen lopuksi vähentää.

Kaikki seitsemän sairaanhoitajaa painottivat avointa mieltä ennen kriisialueelle lähtemistä ja työskenneltäessä itse kohdemaassa paikan päällä. Vastattiin, ettei ennakkoajatuksia voi olla ennen työtä: on kyettävä tekemään kaikkea eteen tulevaa ja mitä kriisialueella tarvitsee tehdä. Työssä tulee olla joustava sekä työhön sopeutuvainen asenne. Tulee myös valmistautua ennakkoon kriisialueen tilanteiden nopeisiin muutoksiin ja uskallettava tekemään työssä luovia päätöksiä. Eräs sairaanhoitaja vielä lisäsi, että ulkopuolelta, kuten mediasta, tuleviin uutisiin tulee varautua ennen kriisialueelle lähtöä: kaikki ei ole samanlaista kuin mitä esimerkiksi näytetään televisiosarjoissa tai elokuvissa. Ei myöskään pidä uskoa kaikkea, mitä ulkopuolelta kuullaan, sillä niiden kautta voi helposti syntyä vääränlaisia mielikuvia.

Sairaanhoitajista osa mainitsi kiinnostuksen syntymisen hoitotyöhön vasta kriisialueelle päästyä. Sekä kyseinen sairaanhoitaja että hänen työkollegansa huomasiivat, onko työ juuri heille tarkoitettu ensimmäisen työkomennuksen jälkeen. Tulee myös varautua, etteivät työhön kuitenkaan sovellu kaikenlaiset ihmispersoonat, kuten liian tarkasti toimivat henkilöt, vaikka auttamisen palo ja mielenkiinto vierasta maata kohtaan olisi kuinka suuri. Kohdemaan kulttuurierojen muistaminen oli myös tärkeää.

”Man kan inte ta någonting för givet utan man ska vara beredd att det kan ändras när som helst och hur som helst.” (A4)

Kaikki vastaajat eli seitsemän sairaanhoitajaa painottivat erityisesti koulutuksien ja kurssien saamista ennen kriisialueelle lähtemistä: sitä kautta voitaisiin saada ennakoon tietoa muun muassa kriisialueella suoritettavista hoitotoimenpiteistä. Mikäli yleisiä koulutuksia ei olisi saatavilla, olisi hyvä kehittää itseään esimerkiksi itseopiskelun kautta. Oma monipuolinen työkokemus koettiin olevan myös hyödyksi ja vähensi kaikenlaisia ennakko-odotuksia.

Itse kriisialueella paikan päällä olevien ennakkoajatusten ja -odotusten vähentämiseksi perusteltiin resursseihin liittyvien informaatiotilaisuuksien pitämistä asiakkaiden kanssa; näin ollen saatiin parempi yhteisymmärrys potilaiden ja henkilökunnan välille, jolloin jokainen osapuoli pysyi onnistuneesti ajan tasalla saatavilla olevista resursseista ja hoidon mahdollisuuksista. Jälkipuintia eli triagea pidettiin myös tärkeänä varsinkin kriisitilanteiden tai onnettomuuksien jälkeen, kun onnettomuus ja sen jälkeiset menettelytavat käytiin läpi yhdessä uhrien kanssa. Yksi sairaanhoitaja vastasi, että mahdollinen vaikuttaja työssä selviytymiseen olisi henkilökunnalta saatujen palautteiden puuttuminen. Siispä palautteita tulisi saada hoitotyöstä ja sen suorittamisen jälkeen, jolloin väärinkäsitykset ja ennakkoajatukset voitaisiin saada seuraavilla työkomennuksilla minimiin.

6.5 Hoitotyön kehittämis ehdotukset kriisialueilla

Viimeinen eli viides tutkimusongelma sisälsi sairaanhoitajien kehittämis ehdotuksia hoitotyölle kriisialueilla. Teemoja syntyi kaksi, joiden yläkategoriat luotiin sairaanhoitajia mietityttävistä asioista ja kehittämisalueista. Molempien yläkategorioiden alle muodostui useampi alakategoria kaikista pelkistetyistä haastatteluvastauksista. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Hoitotyön kehittämis ehdotukset kriisialueilla.

6.5.1 Hoitotyön jälkeiset mietityttävät asiat

Kaksi vastaajaa kertoi, että olisivat mielellään jääneet työskentelemään pidempään, sillä kriisialueilla työskentelyolot olivat hyvät ja akuuttihoitotyö oli toiselle hoitajalle mielekäs valinta. Kuitenkin neljä sairaanhoitajaa seitsemästä jäi pohtimaan kriisialueiden väestön ja ympäristön surkeaa kohtaloa: kuinka ihmiset saisivat turvallisen elinympäristön ja rauhoittuisiko alueet vai alkaisiko maassa sen sijaan suuri korruptioaika. Vastaajat totesivat, että alueen katastrofin jälkeen on hyvinkin mahdollista, että ihmisten toipumisessa voi kestää vuosiakin. Sairaanhoitajat jäivät toivomaan, että alueiden kuolleisuus pienenesi, uskontojen aiheuttamat kärsimykset vähenisivät ja elintaso nousisi.

''Kyllä se vissii taitaa olla niin, et ei niillä ihmisillä oo resursseja alkaa silleen kehittää, et niillä on se jokapäiväinen selviytyminen ja hengissä selviäminen saattaa olla sillä hetkellä käsissä ja se oma elannon saaminen.''

(A7)

Sairaanhoitajista alle puolet jäivät pohtimaan myös ennakoivaa käytännön harjoittelua ennen kriisialueelle lähtemistä. He totesivat, että kouluttaminen todellisiin kädentaitoihin oli hankalaa kotimaassa, sillä ennakoiva harjoittelu ei niinkään johdattelut oikeaan käytännössä toimimiseen. Vasta itse kohdemaassa tai -alueella selvisi omat kyvyt tehdä työtä sekä omat työnkuvat.

Huolestuneisuutta ja pohdintaa herätti vastaajissa myös alueiden alkeellisuus puutteellisine resursseineen. Esimerkiksi paikallisilla puuttui hyvinkin paljon resursseja alueen kehittämiseen sekä terveydenhuoltosysteemin puuttuminen ilmeni useamassa paikassa. Sairaanhoitajat jäivät pohtimaan, kuinka tulevaisuudessa asiat tulevat hoitumaan, kun kriisialueilla ilmenee lapsien rokottamattomuutta, perusasioiden puutteellisuutta sekä tavaroiden ja rakennusten huollon puutteellisuutta. Kuitenkin niinä hetkinä, kun sairaanhoitajat työskentelivät kriisialueilla, sekä kaikki resurssit ja tarvikkeet olivat hyvin tarkkaan laskettu että työtavat ja rahojen investointi olivat järjestelmällisesti arvioituja.

Tutkimustuloksissa kuitenkin ilmeni, että resurssien lisääminen kriisialueille ei välttämättä kuitenkaan lisäisi hoitotyön kehittämistä; lähes jokainen vastaaja kertoi resurssien saamisen vaikeuksista. Materiaalisten resurssien saaminen oli hankalaa ja veden riittävä saanti epävarmaa. Koettiin, että uuttakaan teknologiaa ei tarvittu kriisialueille hoitotyön turvaamiseksi, sillä mitä monimutkaisemmista laitteista ja välineistöistä oli kyse, sen hitaammaksi ja hankalammaksi hoitotyön suorittaminen tuli. Yhtenä tärkeimpänä asiana hoitotyön suorittamisessa huomattiin tavaroiden yksinkertaisuus ja niiden helppo käsitteleminen. Tuli myös ottaa huomioon eri kulttuureista tulleet työntekijät, jolloin kaikilla tuli olla samat valmiudet ja periaatteet tehdä hoitotyötä.

''Eivätkä usein hienot ja tehokkaat laitteet auta mitään, kun puutteet ovat enemmänkin perusasioissa; hygienia, tietotaito, tilat, jne.''' (A2)

Hoitotyön kehittämisen kannalta hoitohenkilökunnan lisäämiseen ei oltu puolesta eikä vastaan. Vastaajat kokivat voimakkaammin sen, että lisäkäsien lisäämisestä koituisi päinvastoin huonompia puolia: suurempi henkilökunta veisi materiaaleilta

tilaa helikopterissa, juomaveden nopeampaa loppumista leireistä ja evakuointikapasiteetin pienenemistä. Vaikka työtä oli paljon, suurempi ihmisjoukko olisi aiheuttanut vain enemmän riskiä kontrollin menettämislle ylimääräisen liikkumisen takia. Koettiin, että muita ongelmia olisi myös koitunut liian suuresta henkilökunnasta, kuten hoitajien väsymistä jatkuvien uusien ideoiden tuomisesta esille. Kriisialueille oli loppujen lopuksi vaikeaa saada isompi määrä henkilökuntaa, koska työntekijöiden lähettäminen alueille oli rajallista resurssien vuoksi.

''Ei tarvita paljoa henkilökuntaa, mutta tarvitaan pitkäjänteistä työtä ja suunnitelmallisuutta; varat eivät saa loppua kesken eivätkä uskomisen parempaan.'' (A1)

Hoitotyön turvaaminen ja sen jatkumo jäi mietityttämään kaikkia vastanneita sairaanhoitajia. Vastanneiden mielestä olisi ehdottoman tärkeää saada työ jatkumaan kriisialueilla delegaattien poistuttua maasta tai klinikan sulkemisen jälkeen, sekä itse kohdemaan tulisi pystyä selviytymään omilla resursseilla katastrofiavun turvin. Hoidolle tulisi turvata jatkumo hoidon laadun parantumisen turvaamiseksi ja jatkuvasti pitää huolta siitä, että käytännön asioita parannettaisiin, etenkin voodoo-uskontoisessa maassa. Hoitotyön kehittämisen turvaamiseksi tavoitteena olisi edelleen tiedon siirtyminen ja siirtäminen eteenpäin.

Hoidon jatkumo määräytyisi myös maan olosuhteiden ja ympäristön mukaan seuraavasti: trooppisiin olosuhteisiin sopivia asioita ja toimintatapoja tulisi kokeilla etukäteen, uutta välineistöä tulisi kehittää kenttäolosuhteisiin sekä ottaa huomioon myös erityisolosuhteet, joissa välineistön käyttäminen on aina rajoitettua.

6.5.2 Hoitotyön kehittämisalueet

Kaikilta seitsemältä sairaanhoitajalta tuli vastaukseksi, että hoitotyön kehittämisen kannalta oli ja on edelleen tärkeää ottaa huomioon kyseisen kohdemaan ja -alueen olosuhteet, ihmisten kulttuuri sekä paikallisten ihmisten tiedot ja taidot. Paikallisen maan ehtojen mukaan tulee toimia ja kunnioittaa kaikkia saatavilla olevia resursseja ja toimia olosuhteiden mukaan: näin taataan hoitotyön toteuttamiselle turvallinen ja

mielekäs ilmapiiri. Eräs sairaanhoitaja mainitsi, että toki omien kotimaan periaatteiden käyttäminen oli myös rajallisesti sallittua joillakin alueilla. Hoitotyötä kehitettiin jo alustavasti niin, että potilaiden keskinäistä lähikontaktia rajoitettiin tautiriskien vuoksi.

''He voivat olla paljon pitemmällä mones asias kuin missä me ollaan täällä, että sinne on turha mennä sillä tavalla nokka pystys -riippuen alueesta, mutta joka tapauksessa pitää aina kunnioittaa sitä paikallista olosuhdetta.''

(A5)

Kaikilta seitsemältä vastaajalta tuli kommentteja koulutuksesta hoitotyön kehittämisen turvaamiseksi. Koulutusta pidettiin kustakin osa-alueesta kaikista tärkeimpänä. Sairaanhoitajista lähes kaikki olivat saaneet jonkinlaisen koulutuksen ennen kriisialueille lähtemistä ja eräs vastaaja mainitsikin, että työhön on saatavilla hyvä valmentava koulutus. Työtapoja on mahdollista opetella koulutuksen tai perehdyttämisen avulla. Joillakin vastaajilla koulutuksen saaminen oli puutteellista, jolloin he kertoivat toivovansa, että koulutuksen saamista mahdollistettaisiin enemmän. Eräs kriisialueille johtamistehtävissä ollut sairaanhoitaja koki johtamiskoulutuksesta olleen hyötyä hoitotyön organisoinnissa.

Tärkeänä asiana koettiin, että kriisialueille suoritettavista hoitokäytännöistä tulisi saada vielä tarkempaa tietoa lisäksi, että hoitajia tulisi kouluttaa hoitolinjoista ja näin lisätä eri osa-alueiden tieto-taitoa. Ennen kriisialueille lähtöä hoitajien tulisi saada myös enemmän tietoa sairauksista ja niiden leviämisestä. Koettiin myös hyödylliseksi opetella välineiden käyttötarkoitukset heti työkomennuksen ensimmäisenä päivänä.

Mahdollistettavien koulutuksien ja perehdytyksien lisäksi kaikkien kriisialueille lähtevien sairaanhoitajien tulisi huolehtia itse omasta kouluttautumisesta ja ottaa selville mahdollisimman paljon tietoa etukäteen: näin voitaisiin turvata hoitotyön laadukkuus, oma turvallisuus ja työssäjaksaminen. Nimenomaan koettiin jatkuvan itsensä kouluttautumisen mahdollistavan paremman työskentelyn haastavissa tilanteissa. Sairaanhoitajat olivat myös sitä mieltä, että työntekijällä on vastuu vaikuttaa

itsenäisesti omien työtapojen muuttamiseen ja omaan toimintaan. Ne sairaanhoitajat, joilla oli jo entuudestaan kokemuksia kriisialueilla työskentelemisestä, kokivat aikaisempien työkokemuksiensa olevan tukena ja turvana uuteen maahan lähtiessä.

Koulutuksien hyödyllisyys nähtiin myös työryhmän sisällä: oli tärkeää saada pohtia yhdessä työtiimin kanssa asioista, jolloin jokaisen työhyvinvointi voitiin turvata. Sairaanhoitajat pohtivat, että mikäli työryhmän sisäisiä koulutuksia järjestettäisiin enemmän, jokainen osapuoli voisi oppia toisilta erilaisia työtapoja ja löytää hoitotyön suorittamiselle yhteisen sävelen. Työn kehittäminen tiiviissä työyhteisössä nähtiin ja koettiin mahdollistavan hyvän hoidon tuloksen: tätä vastaajien mielestä pitäisi ehdottomasti jatkaa ja kehittää edelleen tulevaisuudessa.

''Et sen takia mä teen ja suosittelen muillekin niin kunnolliset priifaukset kun tulee sieltä kentältä ja jos mahdollista, niin työkomennuksen aikana kunnollinen työnohjaus, ettei jää sit niitä pohtimaan eikä märehtimään ja pysy ite työkykyisenä.'' (A6)

Henkilökunnan koulutuksen lisäksi vastaajat pohtivat paikallisten ihmisten sekä paikallisten työntekijöiden opettamista. Paikallisilla hoitajilla nähtiin puutteita lääkkeiden jakamisessa ja toimenpidevälineiden käyttämisellä: näistä tulisi antaa enemmän opetusta ja ohjausta. Paikallisia hoitajia tulisi myös vastaajien mielestä kouluttaa enemmän käytännön hoitotoimenpiteisiin, sillä paikallisilla potilaiden läheisillä oli kulttuurillisten syiden vuoksi tapana hoitaa omia perheenjäseniään. Sairaanhoitajien mielestä kaikkia paikallisia perheitä ja ihmisiä tulisi opettaa, ohjata ja neuvoa käytännön asioissa. Etenkin koettiin tärkeäksi perheenäitien jatkuva kouluttaminen lasten hyvinvoinnin ja tulevaisuuden turvaamisen vuoksi. Eräs sairaanhoitaja kertoi potilaasta, jolla oli vääristyneet ajatukset verenluovutuksesta ja veren saamisesta. Näin ollen tulisi myös pyrkiä vähentämään potilailla olevia erittäin vääristyneitä ennakkooajatuksia ja uskomuksia varsinkin verenluovutuksesta, jotta hoitotyö voitaisiin turvata mahdollisimman hyvin.

''Jos nähdään jotain epäkohtia just tällasesta, että ihmiset juo jostain joesta vettä ja käyttäis johonki astianpesuun ja otetaan näyte siitä ja nähdään, et

siin kasvaa semmosii bakteereita, jotka aiheuttaa jotain vakavii infektioita tai ripuliepidemioita, niin totta kai sit puututaan siihen.” (A7)

Hoitotyön kehittämisalueena tulivat ilmi myös resurssit. Sairaanhoitajista muutama vastasi, että resurssien lisäämisellä voitaisiin mahdollistaa ihmisten parempi auttaminen ja lisäksi vähentää köyhyyttä. Rahoitusta pitäisi sijoittaa paremmin ja laskea varat etenkin niin, että ne riittävät pitkäksi ajaksi. Välineistöön tulee kuitenkin säästää ja sijoittaa, mutta samalla myös huolehtia, että tavaroiden korjaamiselle löytyisi aina mahdollisuus.

Työn organisointi koettiin hyvin tärkeäksi, koska sen avulla hoitotyön eteneminen ja jatkumo voitiin ja voidaan edelleen turvata tulevaisuudessa. Työn organisoinnista sairaanhoitajat mainitsivat yleisesti pidemmän tähtäimen kehitystyön, pitkäjänteisen työn ylläpitämisen ja suunnittelemisen sekä toiminnan sitkeän jatkamisen. Eräs johtotyössä ollut sairaanhoitaja painotti kunnollista johtamista hoitotyölle, jolloin kriisialueella olisi aina paikalla joku meneillään olevasta tilanteesta tietävä henkilö. Hoitotyötä ehdottomasti tulisi organisoida, priorisoida ja järjestää jatkuvasti. Kun koulutus olisi hyvin kunnossa, klinikan koulutusta voitaisiin parantaa ja kehittäminen toisi sairaanhoitajien mielestä vain positiivisia etuja. Joidenkin sairaanhoitajien kokemusten mukaan kehittämistyötä tehtiinkin jo heidän ollessaan kriisialueilla, mutta sitä tulisi aina jatkaa säännöllisesti. Kehittämistyö kuitenkin nähtiin hyvin hitaana prosessina, sillä kehittämisalueet ovat riippuvaisia alueiden vaihtelevista perusrakenteista. Yleisesti vastaajat kuitenkin sanoivat, että yhteen asiaan tulee keskittyä kerrallaan – tällä tavalla päästäisiin vähitellen hyvään lopputulokseen.

Kaksi sairaanhoitajaa vastasi, että olisi hyvä mahdollistaa kriisialueille uusia työpaikkoja ja rekrytoida työhön kykeneviä henkilöitä kohdealueille samalla lisäten ammattitaitoa. Yksi sairaanhoitaja kertoi, että esimerkiksi vapaaehtoisille työntekijöille on jo saatavilla omia koulutuksia ja heille on mahdollistettu omat työkoordinaattorit.

Seitsemästä sairaanhoitajasta vain yksi vastaaja oli toiminut johtamistehtävissä kriisialueilla ollessaan ja hänellä oli myös kokemuksia toimimisesta isompien organisaatioiden kanssa. Kyseinen sairaanhoitaja vastasi, että toimiminen esimerkiksi

YK:n koordinaatiossa toisi vain lisää etuja hoitotyön kehittämisen kannalta, koska työn laatua voitaisiin parantaa työtehtävien jakamisella erilaisissa verkostokokouksissa. Yhteistyön tekeminen myös paikallisen maan viranomaisten kanssa toisi lisää turvaa ja kehittämistä hoidolle ja työn sujuvuudelle hoitotiimissä. Sairaanhoitaja vielä lisäsi, että usein odotetaankin, että isojen kansainvälisten kriisien aikana toimittaisiin esimerkiksi juuri YK:n koordinaatiossa yhteistyössä samaa työtä tekevien ihmisten kanssa.

Viimeisimpänä muttei vähäisimpänä kehittämisalueena painotettiin jatkuvien palautteiden ja arviointien saamista hoitotyöstä. Sairaanhoitajien mielestä olisi aina tärkeää saada informaatiota hoidon tuloksista jälkeensä, sillä työkomennuksen jälkeen kotimaahan palattua hoidon jatkumo kriisialueella on usein jäänyt epäselväksi. Asioiden miettiminen ja kirjoittaminen ylös komennuksen jälkeen on myös koettu hyvänä asiana niin kokemuksen kuin oman työhyvinvoinnin kannalta. Vastauksissa tuli ilmi, että hoitotyötä voitaisiin toteuttaa laadukkaammin palautteiden ja arviointien ohella: kun jatkettaisiin arviointia käytänteiden toimimisesta ja raportointia onnistuneista käytännöistä, saataisiin mahdollisia kehitysalueita esille. Yksi sairaanhoitaja kertoi, että palautteet ja arviointien tekeminen ovat jo käytössä hoitajien keskuudessa, mutta niiden saaminen on edelleen tärkeää tulevaisuudessa. Mahdollinen evaluaatio eli jälkipuinti kaikesta tapahtuneesta koettiin ja koetaan olevan edelleen arvokasta myös aina seuraavissa työkomennuksissa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kriisialueilla työskennelleiden sairaanhoitajien tehtäväkuvat olivat moniulotteiset ja riippuvaiset aina työn kohdemaasta tai -alueesta. Sairaanhoitajien tekemä työ vaihteli vastaanotto- ja klinikkatyöstä ihan leikkaussalitalityöhön asti. Kliinisen hoitotyön lisäksi tehtäväkuviin kuului runsaasti erilaisia suoritettavia toimenpiteitä ja työskentelymenetelmiä, kuten opetusta ja ohjausta, hallintoa sekä kehittämistyötä.

Kriisialueilla suoritettun työn laatu oli ollut entuudestaan sekä tuttua että vierasta, mutta myös mielekästä kaikenlaisten haasteiden, vastuun ja uusien kokemusten saattamana. Vaikka hoitotyön tehtäväkuvat olivat vaihtelevia, niiden tuomat muutokset eivät olleet haitaksi hoitotyön suorittamiselle tai työssä jaksamiselle. Voidaankin todeta, että sairaanhoitajien saamat uudet kokemukset uusista työskentelymenetelmistä, asiakaskunnasta ja ympäristöoloista vahvistivat entisestään heidän ammattitaitoaan, periksi antamattomuuttaan, pitkäjänteisyyttään ja arvostustaan pienemmilläkin resursseilla suoritettavaa hoitotyötä kohtaan.

Kriisialueilla suoritettu työ poikkesi hyvin paljon Suomessa toteutettavan hoitotyön kanssa; se ei kuitenkaan tarkoittanut, etteikö hoidon arvostus olisi kuultanut potilaista läpi kriisialueiden kaaosten keskellä. Hoitotyötä kohtaan löytyi paljon ennakoajatuksia, -luuloja ja -odotuksia niin asiakaskunnan kuin henkilökunnankin kesken, mutta niistä selviytyminen oli tiiviin hoitotiimin, koulutusten, arviointien ja palautteiden sekä pitkän kärsivällisyyden ansiota.

Hoitotyötä suorittaminen vaati raskaiden tunteiden käsittelemistä kaiken hyvän ja kauniin kokeman lisäksi. Sairaanhoitajien kapasiteettia hallita omaa työssä jaksamista, suurten potilasmäärien hoitamista, menetyksien kohtaamisia ja priorisointia koeteltiin jatkuvasti työkomennuksien aikana alusta loppuun saakka. Koskaan ei ollut aikaa lopettaa, vaan työtä tehtiin täysillä.

Kriisialueille lähteminen vaati uskallusta ja avointa mieltä. Vasta kohdemaassa ja -alueella voitiin todeta, oliko työ itselle sopiva niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Ennen kaikkea kouluttaminen, kriisikohteiden kehittäminen, hoidon jatkumo ja re-

surssien ylläpito sekä uudistaminen ovat tulevaisuuden avainasioita ja – kysymyksiä hoitotyön edistämisessä. Mistään asiasta sairaanhoitajat eivät luopuisi eivätkä mitään asiaa vaihtaisi: kokemusten ja tunteiden yhteinen aalto hoitotyöstä kriisialueilla jätti pysyvän liekin sairaanhoitajien sydämiin.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksessa kävi ilmi, että kriisialueilla suoritettu hoitotyö kesti keskimäärin yhdestä kuukaudesta vuoteen. Sairaanhoitajien työkomennukset ovat yleensä olleet yhdeksän kuukautta (Lal & Spence 2016, 21). Sairaanhoitajien hoitotyöhön kuului eri hoitoalojen omia tehtäväkuvia. Yleisin hoitotyön alue oli naisen hoitotyö, johon kuului paljon raskauden seuranta, kätilötyötä, neuvolatoimintaa ja synnytysten hoitamista. Pediatrinen eli lasten hoitotyö koettiin hyvin tärkeäksi hoitotyön osa-alueeksi Agazion (2010, 170) tutkimuksessa. Toisaalta aikaisemmissa kansainvälisissä sekä kotimaisissa tutkimuksissa naisen ja raskaana olevan hoitotyön korostaminen loppujen lopuksi jäi hyvin vähälle, sillä vastaavasti Toivio (2005, 41–42) ja Reitala (2005, 47) kertovat artikkeleissaan, että sairaanhoitajien työ oli lähestulkoon jatkuvaa akuutti-, teho- ja traumahoitotyötä sekä kohdealueen sairailoissa että joissakin tapauksissa myös evakuoitilientokoneissa. Tutkijan tutkimuksessa ainoastaan kolme sairaanhoitajaa seitsemästä oli toteuttanut varsinaista akuuttihoitotyötä.

Tutkimuksessa saatiin selville, että sairaanhoitajat olivat kokeneet hoitotyössä trooppisten ja vaikeiden kroonisten sairauksien hoitamista kaikenlaisten vaikeiden tapaturmien ja vammojen hoitamisen lisäksi. Kyseinen tutkimustulos on realistinen myös Agazion (2010, 169) tutkimuksen tuloksien kanssa, jossa kerrotaan sairaanhoitajien hoitaneen ortopedisiä traumapotilaita sekä hyvin harvinaisia trooppisia sairauksia, joita he eivät olleet koskaan ennen nähneet. Tutkimuksessa olleet sairaanhoitajat mainitsivatkin, ettei Suomessa ole koskaan tullut vastaan sellaisia sairauksia, joita kriisialueilla tuli kohdattua ja hoidettua.

Kriisialueilla yleisimpiä hoitotyön tehtäväkuvia oli klinikkatoiminnan pyörittäminen ja hallinnolliset tehtävät, kuten kehittämistyö ja hanketyö sekä opetustyö hen-

kilökunnalle ja paikallisille ihmisille. Sairaanhoitajat antoivat muun muassa paikallisille kouluttamattomille hoitajille hygienia- ja lääkehoito-ohjausta. Koko aluetta ja hoitotyötä myös kehitettiin suunnittelemalla hankkeita ja toimimalla kansainvälisissä organisaatioissa. Tutkimustuloksia tukee Yang ym. (2010, 221) tutkimuksessa esille noussut organisatorisen ja johtamisen työotteen merkityksellisyys kaikissa sellaisissa tilanteissa, joissa täytyy pystyä toimimaan hyvin puutteellisilla resursseilla sekä työskentelemään paikallisten hoitajien kanssa. Myös Lal ja Spence (2016, 23) ilmaisevat pohdinnassaan, että sairaanhoitajien rooli muuttuu väistämättäkin päätösvaltaisemmaksi, johtamaan tiimin jäseniä ja opettamaan sekä kouluttamaan henkilökuntaa ja paikallisia hoitajia aina sellaisissa tilanteissa, joissa työskennellään eri kulttuurien omien arvojen, rajallisten resurssien ja kielimuurin ääressä.

Hoitotyön turvaamiseksi oli käytössä sekä riittävästi että puutteellisesti resursseja, kuten materiaaleja, elektroniikkaa, mahdollisuuksia toteuttaa erilaisia toimenpiteitä ja saada lisää lääkäreitä ja hoitajia. Firouzkouhi, Zargham-Boroujeni, Nouraei, Yousefi sekä A Holmes (2013, 229) kertovat tutkimuksessaan, että lääkäripulan vuoksi sairaanhoitajien täytyi suorittaa intuboinnit, pleuradreenien laitot sekä akuuttitilanteiden painelu-puhalluselvytykset. Kyseisen tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin ristiriidassa tutkijan tutkimustuloksiin, sillä sairaanhoitajille ei koskaan tullut vastaan kyseessä olevien toimenpiteiden suorittamista, vaikkakin lääkäreitä oli usein liian vähän.

Tutkimustuloksista ilmeni, että tavaroita ja välineitä toimenpiteitä varten oli saatavilla hyvin, vaikkakaan kaikki tavarat ja koneet eivät olleet uusimpia mahdollisia. Välineiden ja koneiden huoltamiselle oli vain jonkin verran resursseja. Lääkehoito sujui ongelmitta, sillä käytössä oli peruslääkevalikoima perussairauksien hoitamiseksi, mutta joskus toki puuttui jopa kipulääkkeitä. Turvana oli myös laboratorion toiminta ja eri potilasryhmille järjestetyt klinikat. Ainoastaan yksi tutkimuksessa ollut sairaanhoitaja kertoi veren saannin olleen riittävää. Kyseisen tutkimustuloksen vähäisyyttä voidaankin perustella Linnun (2015, 3486) raportin avulla, jossa hän kertoo kriisitilanteessa olevien potilaiden sairaalaluokitteluista, joiden mukaan vain toisen ja kolmannen tason kirurgiaan perehtyneessä sairaalassa poti-

laiden on mahdollista saada verituotteita. Tutkijan tutkimuksessa olleet sairaanhoitajat olivat kuitenkin kokeneet kirurgisten toimenpiteiden ja resurssien olleen sekä mahdollistettuja että kokonaan puuttuneita.

Tutkijan tutkimuksessa olleet sairaanhoitajat sekä muun muassa Agazion (2010, 170) tutkimukseen osallistuneet olivat täysin samaa mieltä siitä, että hoitotyössä käytettävä välineistö oli rajallista. Rajoitteista huolimatta oli mahdollisuus yksinkertaisiin välineisiin ja menetelmiin, kuten respiraattoreihin, IV-pumppuihin, ventilaatioon sekä EKG-monitoriin. Molemmista tutkimuksista löytyi myös samanlainen tulos ympäristöolosuhteista: välineiden käyttöä ja kuntoa riskeerasivat kriisialueen vaihtelevat sääolosuhteet, etenkin kuumuus.

Kriisialueilla hoitotyön suorittaminen jätti kaikille tutkimuksessa olleille sairaanhoitajille hyvän ja positiivisen mielen. Työn tekeminen oli kokonaisuudessaan hienoa ja arvokasta sekä avunsaajille että hoitajille itsellensä henkilökohtaisesti. Elämän arvostus ja pienin asioiden merkityksellisyys kasvoi kriisialueilla työskentelemisen jälkeen – näin toteaa myös Elliot (2014, 1070) tutkimuksessaan, jossa kriisihoitotyötä tehneet sairaanhoitajat eivät enää valittaneet samanlaisista arjen pienistä asioista kuin ennen palattuaan kotiin työkomennuksen jälkeen. Tutkimuksia keskenään tukee myös tulos, jonka mukaan sairaanhoitajat kokivat tekemänsä työn arvostetuksi korkeimmalla tasolla kuin koskaan aikaisemmin uransa aikana (Elliot 2010, 1071).

Lal ja Spence (2016, 20) tutkimustulokset sairaanhoitajien kokemista negatiivisista ja ristiriitaisista tuntemuksista ovat täysin tukemassa myös tutkijan saamia tutkimustuloksia, joissa kävi ilmi, että hoitotyö herätti sairaanhoitajissa negatiivisia tuntemuksia ja huonot muistot olivat jääneet edelleen mielikuviin. Kriittisessä tilassa olleiden potilaiden näkeminen, potilaiden ja työkavereiden menetyksien kohtaaminen, kauheiden ja vaarallisten tilanteiden kokeminen satuttivat monta sairaanhoitajaa työkomennuksien aikana. On selkeä kuva siitä, että kotiin palattua sairaanhoitajilla oli vaikea päästä takaisin vanhojen rutiinien pariin, sillä ympäristön nopea vaihtaminen tuotti stressiä sen lisäksi, että työkavereiden menetykset painoivat

mieltä (Elliot 2014, 1070). Usealla sairaanhoitajalla oli mielessä jatkuva ristiriitaisen tunteiden pyörremyrsky, mutta se hälveni vähitellen takaisin omaan kotimaahan palattua.

Kriisialueilla sairaanhoitajat väsyivät, tulivat väärinymmärretyiksi, yrittivät työskennellä vielä enemmän, jotta he pääsisivät mukaan työyhteisöön ja saisivat muilta tiimin jäseniltä luottamusta sekä he kokivat myös ympäristöolojen vuoksi turvattu-
muutta (Lal & Spence 2016, 20). Molempien tutkimusten tutkimustuloksissa kyseisiä tuntemuksia heräsi varsinkin ensimmäistä työkomennusta suorittavilla sairaanhoitajilla, mutta myös niillä, jotka olivat jo ennen olleet kriisialueilla.

Tutkimuksen tuloksissa kävi kuitenkin ilmi, että hoitotyön haasteellisuus koettiin pelkästään positiivisena asiana. Haasteet, vastuunkantaminen ja itsenäinen päätöksenteko kantoivat hedelmää sairaanhoitajien ammatillisessa kehittymisessä. Oma-toiminen työskenteleminen ja uusien hoitotoimintatapojen keksiminen oli myös sallittua – kuitenkin aina muistaen paikallisen kulttuurin omat tavat ja maan lait. Muutoin hoitotyötä tuli suorittaa täysin maan omien sääntöjen mukaisesti, vaikka jokin asia olisi tehty täysin toisella tavalla kotimaassa Suomessa. Samoja asioita Lal ja Spence (2016, 21–22) pohtivat tutkimuksessaan, jossa työskenteleminen paikallisten tapojen ja arvojen mukaisesti toi sairaanhoitajien työhön eroavaisuuksia ja näin ollen haasteita. Erityisesti postoperatiivinen hoitotyö ja kliininen päätöksenteko olivat hyvin erilaista, kun taas tutkijan tutkimuksessa ei tullut ilmi, että sairaanhoitajien työn päätöksenteossa olisi ilmennyt mitään ongelmia; päinvastoin kaikki tehtävät otettiin avoimesti vastaan ja epämukavuusalueelle heittäydettiin rohkeasti.

Käytännön hoitotyössä päivittäiset potilasmäärät ylsivät keskimäärin 300 henkilöön asti. Kaikki kenttäsairaalan 224 potilasta tulivat tutkituiksi ja hoidetuiksi myös Silfvastin (2005, 44) tutkimuksessa. Työtä tehtiin aamusta iltaan, usein kellon ympäri. Tuloksien kanssa on lähestulkoon samalla linjalla myös Firouzkouhi ym. (2010, 229) tutkimuksen tulos, jonka mukaan sairaanhoitajilla ei ollut lepoaikaa, vaan tekivät työtä täysillä uupumiseen asti. Tutkijan tutkimuksessa kaksi sairaanhoitajaa oli kuitenkin vastannut, että heille oli tarjolla maittavaa ruokaa ja lupa levätä, jolloin työtä kyettiin jatkamaan eteenpäin. Tämän tuloksen kanssa on erityisen

ristiriidassa Kayama ym. (2014, 520) tutkimustulos, jonka mukaan työntekoa ke-
rääntyi 26–28 tuntia putkeen ilman ruokaa, lääkkeitä ja ulkopuolista apua.

Tutkimustuloksissa saatiin kaikilta sairaanhoitajilta vastaukseksi, ettei kaikkia apua
tarvinneita potilaita voitu hoitaa rajallisten resurssien tai ajanpuutteen vuoksi. Joil-
lekin potilaille voitiin turvata vain perushoito ja pitää yllä hengissä selviytymistä,
kun taas osan potilaiden kohdalla toivo parantumisesta oli jo menetetty. Esimerkiksi
Zinsli ja A. Smythe (2016, 238) tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että erään potilaan
täytyi odottaa 28 vuorokautta ilman hoitoa äärimmäisen kivuliaan avomurtuman
kanssa ennen kuin saatiin kuljetus isompaan paikkaan, jossa kyseisen trauman hoi-
taminen oli mahdollista.

Tulevaisuudessa hoitotyön turvaamiseksi, edistämiseksi ja parantamiseksi tulisi
sairaanhoitajien mukaan järjestää paljon koulutusta kotimaasta lähteville sairaan-
hoitajille, kriisialueiden paikallisille hoitajille sekä myös avunsaajien koulutuksia
ja informaatiotilaisuuksia. Esimerkiksi paikallisilla ihmisillä oli sekä myönteisiä
että kielteisiä asenteita hoitoa kohtaan: jotkut potilaat pelkäsivät tablettimuotoisia
lääkkeitä, eivät uskaltaneet ottaa vastaan verta ja osa ylipäättään pelkäsi tulla saira-
laan uskonnon vuoksi. Koulutus koettiin tärkeänä, myös Kayama ym. (2014,
521:523) tutkimustuloksissa, sillä niissä ilmeni sairaanhoitajien epävarmuus käsi-
tellä potilaita heikon tieto-aidon ja puutteellisen informaation takia. Hoitotyötä to-
teuttaneella sairaanhoitajallakaan ei ollut tarpeeksi tietoa jäykkäkouristusrokotteen
mahdollisista sivu- ja haittavaikutuksista, jolloin oireita ei ehditty tunnistaa ajoissa
(Zinsli & A. Smythe 2016, 237). Myös sairaanhoitajien tulisi saada enemmän kou-
lutusta erityisesti tuberkuloosin lääkehoidosta ja sen sivuvaikutuksista sekä kuinka
toimia tilanteissa, kun psykoottinen potilas alkaa käyttäytymään aggressiivisesti tu-
berkuloosilääkkeiden haittavaikutusten vuoksi (Arjun 2013, 64).

Saaduissa tutkimustuloksissa sairaanhoitajien mielestä yksi tärkeimmistä kehittä-
miskohteista hoitotyön turvaamiseksi olisi jatkuva arvioiden ja palautteiden saanti.
Sairaanhoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että palautteita annetaan ja arvioita
tehdään tänä päivänä, mutta vielä liian vähän. Evaluaatiota eli jälkipuintia ja palaut-
teita annettiin myös Kayama ym. (2014, 524) tutkimuksen tulosten mukaan, jossa
ryhmänjohtajat kannustivat sairaanhoitajia puhumaan syvällisesti tuntemuksistaan

sekä kuvailemaan tarkasti suorittamaansa hoitotyötä. Tämän koettiin auttavan sairaanhoitajia paremman itsetunnon rakentamisessa ja se auttoi heitä hahmottamaan oman työnsä merkityksellisyyden kokoontuessaan yhdessä ryhmän muiden jäsentien kanssa.

Tutkijan tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien asema oli arvostettua kriisialueilla ja heidän tekemäänsä hoitotyötä arvostettiin positiivisilla palautteilla, mutta tuloksen kanssa on toisaalta ristiriidassa Arjun ym. (2013, 65) tutkimustulos, jonka mukaan hoitotyötä suorittaneet sairaanhoitajat eivät saaneet mitään palkkiota uskomattomasta työstään huolimatta puhumattakaan emotionaalisen tuen saamisesta.

Lal ja Spence (2016, 23) korostavat omassa tutkimuksessaan sitä, että jatkossa ennen kriisialueille lähtemistä sairaanhoitajien koulutukseen tulisi kuulua opetusta kulttuurien turvallisuudesta, herkkyydestä ja kulttuurin eroavaisuuksista sekä paikallisesti että valtakunnallisesti. Käytännön hoitotyö helpottuisi ja siihen voitaisiin valmistautua paremmin, mikäli koulutukseen sisältyisi tietoa maailmanlaajuisista ongelmista. Tutkijan tutkimustuloksissa sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että itsensä kouluttaminen ja tietoisuus sairauksista ja hoitolinjoista edistäisi hoitotyön suorittamista. Toisaalta osa vastaajista jäi pohtimaan ennakkoon saadun koulutuksen tarpeellisuutta, sillä lähes aina kriisialueilla hoitotyö paljastuikin lopulta täysin erilaiseksi kuin kotimaassa oli ohjattu.

7.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tutkimusta tehtiin suunnitellun aikataulun mukaisesti vuoden 2016 keväästä lähtien heti tutkimusluvan saamisen jälkeen ilman kiirettä. Jokaiseen tutkimuksen osioon tutkijalla oli mahdollisuus keskittyä huolella. Tutkija teki tutkimusta yksin, jolloin jatkuva toisen osapuolen tuen ja palautteen saaminen ei ollut mahdollista. Tutkimuksen reliabiliteetti kuitenkin kasvoi yksin työskentelyssä, sillä tutkija pystyi käyttämään koko tutkimuksen ajan samankaltaista logiikkaa esimerkiksi havaintoja tehdessä (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2014, 132). Mikäli kuitenkin tutkija koki ongelmia tai epävarmuutta tutkimusta tehdessä, opinnäytetyön ohjaajaan oli aina mahdollista turvautua.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät myös erilaisten lähteiden käyttö: useat ulkomaiset sekä muutamat kotimaiset tieteelliset artikkelit, monipuoliset oppi-, tieto- ja elämäkertakirjat, suomalaisten järjestöjen internetsivut, järjestöjen laatimat sähköisesti saatavilla olevat suositukset ja ohjeet sekä pro gradu – tutkielma. Aikaisempi tutkimustieto on monipuolisuuden lisäksi kansainvälistä ja uutta, kuitenkin yhtä 2005-vuoden tutkimusta lukuun ottamatta. Tutkittua tietoa on käytetty niin suomalaisista, ruotsalaisista ja englantilaisista lähteistä.

Tutkimuksen täsmällisestä aiheesta ei ollut kuitenkaan löydettävissä aikaisempaan kotimaista tutkimusta, vaan pelkästään siihen viittaavia aiheita. Tästä huolimatta tutkija koki tutkimusaiheen suorittamisen luotettavana, sillä aiheesta löytyi muualla maailmassa tehtyjä tutkimuksia. Näin taattiin tutkimukselle tärkeä kriteeri eli validiteetti, joka tarkoittaa oikeiden asioiden tutkimista (Kananen 2014, 147). Tutkimuksessa esiintyy myös vahvistettavuutta parantava elementti: triangulaatio. Tutkimuksessa on otettu huomioon monta erilaista teoreettista näkökulmaa ja kerätty eri lähteistä todistusaineistoja. (Kananen 2014, 152.)

Tutkijalla ei kuitenkaan ollut henkilökohtaisesti mitään aikaisempaa kokemusta aiheesta eli hoitotyöstä kriisialueilla, vaikkakin hänellä oli valmiiksi joitakin omia ennakkoajatuksia aiheeseen liittyen. Tutkijan onkin erityisen tärkeää huolehtia omien tulkintojen tai käsitysten pitämisestä poissa aineistosta, jolloin tutkimuksen validiteetti eli laatu kasvaa (Ronkainen ym. 2014, 131). Aikaisempi tieto aiheesta olisi luultavasti vaikuttanut positiivisesti, mutta myös negatiivisesti, sillä ehkä tällöin tutkijalla olisi ollut vielä vahvempia omia päätelmiä ja ennakkoajatuksia tutkijoiden kertomuksia kohtaan.

Tutkija suoritti työn luotettavasti kvalitatiivisen tutkimuksen etenemisen periaatteita noudattaen ja toteutti induktiivisen sisällönanalyysin sille kuuluvia ohjeita käyttäen. Tutkija myös dokumentoi kaikki tutkimuksen vaiheet tarkasti ja perusteli valinnat selkeästi: tämä lisäsi tutkimuksen arvioitavuutta lukijalle (Kananen 2014, 153).

Tutkimuksen yksi luotettavuuskriteeri, siirrettävyys, kasvoi selkeän perusjoukon myötä (Ronkainen ym. 2014, 147). Tutkimukseen osallistuneiden löytämiseen tutkija sai apua molemmilta kohdeorganisaatioilta eli tutkittavien oikea ammatillisuus ja kokemus aiheesta olivat varmaa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat olleet kriisialueilla erimittaisia aikoja ja he kertoivat kokemuksistaan asianmukaisesti ja asiallisesti. Jokainen haastateltava antoi joko suullisen tai kirjallisen luvan tutkijalle.

Tutkija piti koko tutkimuksen ajan tutkimuspäiväkirjaa, mikä helpotti tutkimusaineiston analysointi- ja raportointivaihetta. Päiväkirjan pitäminen laadullisen tutkimusprosessin ajan on suotavaa (Kananen 2014, 153; Hirsjärvi & Hurme 2008, 184). Tällaisten muistiinpanojen kirjoittamista kutsutaan reflektiiviseksi huomioimiseksi: kun tutkijalle syntyy joitakin ajatuksia, tunteuksia tai huomioita tutkimusprosessin aikana, hän kirjoittaa ne ylös muistiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 164–165.) Tutkimuspäiväkirjan pitäminen helpotti myös erottamaan tutkijan omat ja tutkittavien mielipiteet, tunteet ja aikaisemmat kokemukset, jolloin tutkijan omat havainnot eivät olleet vaikutuksena saatuihin haastatteluvastauksiin ja lopullisiin tutkimustuloksiin.

Tutkimustilanteessa tutkija piti huolen, ettei lähtenyt johdattelemaan keskustelua, vaikka apukysymyksiä käytettiin: näin taattiin tutkimukselle puolueettomuus. Molempien haastattelujen aikana tutkija käytti omaa henkilökohtaista nauhurikonetta, johon tutkijalla oli mukana varaparistoja, tämä lisäsi haastatteluaineiston keruun laatua (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184). Ensimmäisen haastattelun aikana tutkijan täytyi vaihtaa paristot nauhuriin, mutta tämä ei kuitenkaan häirinnyt tutkimuksen jatkamista ja etenemistä.

Molemmat haastattelutilanteet suoritettiin rauhallisessa ja yksityisessä tilassa, jolloin kukaan ulkopuolinen ei päässyt kuulemaan keskustelua. Haastattelutilanteet olivat myös rentoja ja positiivisia; haastateltavistakaan ei näkynyt ulospäin jännittyneisyyttä tai epävarmuutta. Haastatteluille oli myös varattu tarpeeksi aikaa, jolloin haastateltavilla oli mahdollisuus pohtia asioita syvällisesti ja rauhassa sekä halutessaan palata takaisin edellisiin teemoihin ja kysymyksiin.

Nauhoittaminen lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, sillä analyysivaiheessa äänitteitä oli mahdollista kuunnella monta kertaa uudestaan, jolloin kaikki tarkat sanat ja lauseet saatiin litteroitua ylös. Nauhoittaminen ei vaikuttanut haastateltavien äänen käyttöön tai asioiden esille tuomiseen. Tutkijalle tuotti enemmän haasteita ruotsinkielisten nauhoitusten kuunteleminen ja niiden sanatarkka oikea litterointi, mutta valmiiden analyysitekstien ymmärtäminen ei tuottanut vaikeuksia tutkijan kaksikielisyyden ansiosta.

Puhelinhaastatteluihin oli varattu tarpeeksi aikaa sekä tutkijan ja tutkittavien kohdalla. Tutkija suoritti puhelinhaastattelut puhelimen kaiutinta käyttäen kotonaan ilman muita kuulijoita, jolloin puheluiden nauhoittaminen nauhurille oli mahdollista. Puhelinhaastattelut eivät vaikuttaneet tutkimustulosten tarkempaan saantiin, vaikka haastateltavaa ei voitu nähdä kasvotusten. Yhdestä puhelinhaastattelun nauhoituksesta oli hieman hankala saada selvää vaimean äänen vuoksi, jolloin nauhaa täytyi kuunnella moneen kertaan. Tämä saattoi olla vaikutuksena haastatteluaineiston laadun luotettavuuteen (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185).

Koko tutkimusprosessin ajan alusta loppuun saakka tutkija käsitteli saamaansa tutkimusaineistoa luottamuksellisesti tutkittavia kohtaan sekä piti huolen, ettei kukaan muu ulkopuolinen henkilö pääsyt käsiksi aineistoihin. Tutkija myös teki aineistojen analysoinnin eettiseltä kannalta luotettavasti eli toisin sanoen hyödynsi analysoinnissa koko keräämäänsä aineistoa (Leino-Kilpi 2014, 370). Tosin kaiken kerätyn aineiston hyödyntäminen ei ollut aina välttämätöntä, mikäli tutkija huomasi tietoa kerätessään, että tutkittavasta aiheesta tai alueesta ei voitu saada enää uutta tietoa: tällöin puhutaan aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110).

Tutkimuksen analyysivaiheeseen käytettiin useampi kuukausi aikaa. Tutkimuksen luotettavuus kasvoi monipuolisten ja riittävän tutkimusaineiston myötä, mutta tutkimusaineistoa tuli kuitenkin niin laajasti teemojen omien apukysymysten kautta, jonka vuoksi tutkija koki analyysivaiheen vaikeimmaksi. Tutkimustulokset litteroitiin sanatarkasti tietokoneelle ylös ja niistä poimittiin kaikki tärkeät ja oleelliset sanat ja lauseet ylös omaan sisällönanalyysitaulukkoon ja näin ollen saatiin kaikille viidelle tutkimusongelmalle vastauksia. Litterointi lisää tutkimuksen luotettavuutta,

mutta ei kuitenkaan koskaan korvaa alkuperäistä keskustelutilannetta (Nikander 2010, 433). Tutkija analysoi jokaiseen tutkimusongelman teemaan kuuluvat raa'at alkuperäiset ilmaukset, jonka jälkeen suoritti ilmausten pelkistämisen ja lopuksi ala- ja yläkategorioiden luokittelemisen. Luotettavuutta lisäsi analysointivaiheessa tutkimustulosten tarkastelu yhdessä opinnäytetyön ohjaajan kanssa.

Tutkimustulosten raportointi tehtiin yksityiskohtaisesti ottaen huomioon jokaisen saadun tutkimustuloksen eli mitään saatuja vastauksia tutkija ei aliarvioinut tai jättänyt huomiotta. Tutkimuksen luotettavuuskriteereistä vahvistettavuus olisi mahdollisesti kasvanut, mikäli tutkija olisi pyytänyt tutkimuksen tiedonantajia eli haastateltavia lukemaan tutkimustulokset läpi ennen niiden varsinaista julkaisemista (Kananen 2014, 151; Tuomi & Sarajärvi 2013, 141).

Tutkija ei kuitenkaan päätenyt tulosten tarkistuttamiseen tiedonantajilla, sillä nauhoitusten useiden kuunteluiden jälkeen saadut tutkimustulokset olivat sanatarkkoja, mikä helpotti lauseiden abstrahointia eli pelkistämistä. Tutkija ei myöskään kohdannut ongelmia lopullisten tulosten yleistämisestä tutkimustuloksia raportoidessa. Ronkainen ym. (2014, 144) selventävät, että usein laadullisessa tutkimuksessa nimenomaan empiirinen yleistäminen sopii tutkimustuloksiin, joilla pyritään kuvaamaan todellisuutta ja samojen tuloksien pätevyyttä myös toisissa samanlaisissa tilanteissa.

Ylipäättään tutkimustulokset laadullisessa tutkimuksessa voivat erota tulevaisuudessa samantapaisten tutkimusten tuloksissa, sillä samaan tutkimusongelmaan on mahdollista saada eri tulkintoja. Tällöin voidaan puhua tutkimuksen luotettavuutta lisäävästä tulkinnan ristiriidattomuudesta. (Kananen 2014, 153.)

Tutkimustulosten raportoinnin ja tutkimuksen viimeistelyiden jälkeen työ luovutettiin opinnäytetyön ohjaajalle ennen lopullista kielentarkistusta, jolloin ohjaaja arvioi ja tarkistin tutkimuksen koko sisällön. Loppujen lopuksi tutkimuksen luotettavuus ja laadukkuus rakentuu koko tutkimuksen kokonaisarviointista, eikä pelkästään yksittäisestä osiosta tai yksittäisestä puutteesta (Ronkainen ym. 2014, 139).

7.3 Eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Suomessa tutkimuseettisiä asioita valvoo Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), joka on laatinut hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeet. Eettisiä ohjeita ohjaa myös Helsingin julistus sekä Suomen lainsäädäntö. (Hirsjärvi ym. 2009, 23; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 213–216.) Tutkimuksen alusta loppuun saakka noudatettiin eettisten ohjeiden periaatteita.

Tutkija tekee aina eettisen ratkaisun tutkimusaihetta valittaessa. Tutkimusaihetta valittaessa tutkijan tulee pohtia, miten se vaikuttaa tutkittavaan kohteeseen eli tutkimukseen osallistuviin sekä yhteiskuntaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tutkija valitsi opinnäytetyön aiheeksi ajankohtaisen ja kansainvälisen, mutta silti hieman vieraamman aiheen, joka oli omalla tavallaan myös herkkä ja henkilökohtainen. Tutkimuksen aihe käsitteli sairaanhoitajia, jotka olivat itse kokeneet hoitotyön toteutumisen kriisialueilla. Kokemukset olivat rankkoja ja jopa epämiellyttäviä, jolloin tutkija oli valmistautunut tutkimukseen osallistuvien voimakkaisiin sensitiivisiin reaktioihin tutkimuksen aikana. Tutkijan täytyi myös turvata tutkittavien tasapaino mahdollisten reaktioiden ilmetessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218).

Ennen tutkimuksen varsinaista aloittamista tutkijan tulee aina saada lupa kohdeorganisaatiolta, jolle tekee työnsä. Jos kyse on sairaalasta, lupa pyydetään joko ylihoitajalta tai sairaalan johtavalta ylilääkäriltä. Kohdeorganisaatiolle tulee lähettää tutkimussuunnitelma, johon on liitetty mukaan tutkimuksen tutkimuslupalomake. Kohdeorganisaation kanssa tulee yhdessä sopia, saako organisaation nimi näkyä tutkimusraportissa ja opinnäytetyön liitteenä olevassa tutkimuslupalomakkeessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222.) Kohdeorganisaatiolta saatiin virallisesti kirjallinen lupa organisaation nimen julkaisemiseen työssä.

Tutkimukseen vapaaehtoisesta osallistumisesta tutkijoita informoitiin heille lähetettävässä tutkimuksen saatekirjeessä (LIITE 1). Itsemääräämisoikeus eli tässä ta-

pauksessa tutkimukseen vapaaehtoinen osallistuminen on yksi tärkeimmistä asioista tutkimusprosessissa ja tutkimuseettisissä kysymyksissä. Tutkittavan tulee antaa tutkijalle tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, sekä tutkittavilla tulee olla selkeä käsitys tutkimuksesta, sen sisällöstä ja aineistojen säilyttämisestä. Tutkimuksen edetessä tutkittaville tulee antaa myös mahdollisuus esittää omia tarkentavia kysymyksiä, kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tulee muistaa, että vaikka tutkittava olisikin antanut suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta, hänellä on siitä huolimatta oikeus keskeyttää tutkimus missä tahansa vaiheessa. Tutkimukseen osallistumatta jättäminen ei saa aiheuttaa tutkittavalle negatiivisia kokemuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219; Mäkinen 2006, 94–96.)

Tutkija oli laatinut tutkimusongelmat ja teemahaastattelurungon valmiiksi tutkimusta varten. Tutkimuskysymykset olivat jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla samat. Samat tutkimuskysymykset- ja aiheet voivat herättää eri tuntemuksia eri ihmisissä: tutkijan tulee kohdata tutkittavat arvokkaasti ja kohteliaasti tutkimuksen kautta syntyneistä reaktioista huolimatta, sillä kaikki tunnereaktiot ovat sallittuja myös tutkimuksia tehdessä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014). Tutkija informoi haastateltavia ennen tutkimuksen aloittamista siitä, että kaikki tutkimuksessa heräävät tunteet ovat sallittuja ja niitä ei tarvitse häpeillä. Tutkittaville annettiin siten rauhassa aikaa käsitellä ajatuksiaan ja vastata kysymyksiin.

Tutkimusta tehdessä tulee muistaa oikeudenmukaisuus tutkittavia valittaessa; tutkijan tulee siis huomioida tutkimuksessaan tasa-arvoisuus, kulttuurierot, uskomukset ja jokaisen tutkittavan omat elämäntavat. Tutkimuksen ulkopuolelle ei tulisi jättää ei-toivottujakaan tutkittavia, sillä tämä voi vaikuttaa lopullisiin tutkimustuloksiin. Aineiston ulkopuolelle saattaa jäädä tärkeitä tutkittavia, joilla olisi ollut arvokasta tietoa tutkimusta ja sen kehittämistä varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tutkittavien arvot ja asenteet sekä tutkijan omat kokemukset eivät olleet vaikutuksissa tutkimustilanteeseen, tutkimustulosten analysointiin eikä tutkimustulosten raportointiin. Itse tutkimustilanne tulikin valita niin, että ilmapiiri oli tutkittavan ja tutkijan välillä tasa-arvoinen, jolloin kummallekaan osapuolelle ei

syntynyt uhatuksi tulemisen tunnetta tutkimusprosessin aikana (Mäkinen 2006, 110).

Tutkija huolehti koko opinnäytetyöprosessin ajan tutkittavien anonymiteetistä. Myös valmiissa tutkimuksessa tutkijoiden ja tutkimuksen kohdeorganisaation anonymiteetti tulee taata, mikäli henkilöt esittävät kyseisen toiveen. Kun tutkittavalle luvataan, että hänen henkilötietojaan ei luovuteta eikä paljasteta tutkimuksen missään vaiheessa, tutkittavalla on näin ollen usein varmempi olo kertoa hänelle henkilökohtaisista ja aroista asioista vapain ja turvallisin mielin. Tutkija kuitenkin piti mielessä, että vaikka anonymiteetistä huolehdittiinkin, tutkimusta lukevilla ulkopuolisilla ei ollut mahdollisuutta pystyä tunnistamaan tutkittavien taustoja tutkimuksen raportista. (Mäkinen 2006, 114–115.)

7.4 Jatkotutkimusideat

Tutkimuksen aihetta ei ollut suoranaisesti tutkittu aikaisemmin Suomessa. Tutkimuksen aihealue oli laaja siten, että sen avulla saatiin kattavasti tietoa sairaanhoitajien suorittamasta hoitotyöstä kriisialueilla. Paljon pohdintoja syntyi resurssien puutteellisuudesta, hoidon turvaamisesta ympäristöongelmien keskellä ja jatkuvan koulutuksen saamisesta ja antamisesta. Yhtenä jatkotutkimusideana voitaisiinkin pitää sairaanhoitajien perusteellisempaa kouluttamista kriisialueilla suoritettavaan hoitotyöhön, vaikkakaan koulutuksen antama tieto ei aina vastannut lopullista hoitotyötä.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tutkia sairaanhoitajien keinoja selvittää hoitotyön suorittamisesta kriittisten tilanteiden keskellä tai kuinka sairaanhoitajat kohtaavat monikulttuurisia potilaita traumatilanteissa, joissa ei välttämättä ole mahdollisuutta yhteisen kielen käyttämiselle. Jatkotutkimusaiheet voisivat perustua myös psykologisiin tai psykiatrisiin alueisiin, joissa tarkasteltaisiin sairaanhoitajien tai potilaiden hyvinvointia ja kanssakäymistä.

Teknisempiä jatkotutkimusideoita voisi syntyä pohtimalla kuinka kriisialueiden perioperatiivista hoitotyötä voitaisiin parantaa ja turvata monipuolisempien leikkaus-

menetelmien mahdollistamiseksi, esimerkiksi kriittisten ortopediapotilaiden kohdalla. Kriisialueilla kirurginen hoitotyö on vaativinta suorittaa olosuhteiden rajoitteiden vuoksi, jolloin se usein jää liian pinnalliseksi, vaikka potilas tarvitsisikin suurempia toimenpiteitä selvitäkseen hengissä. Kirurgisen hoitotyön edistämiseksi tulisi jatkotutkimuksessa ottaa huomioon myös ympäristöolot ja niiden vaikutukset steriiliteetille, henkilökunta- ja välineresurssit sekä ajan käyttö toimenpiteiden mahdollistamiseksi.

Tärkeää ja mielenkiintoista jatkossa olisi myös pohtia Suomessa saadun koulutuksen merkitystä hoitotyön suorittamisessa kriisikohteissa. Kun ja jos koulutus olisi liian heikkoa, millä tavoin sitä voitaisiin kehittää kotimaassamme Suomessa. Kriisialueilla sairaanhoitajien tekemä hoitotyö on erityisen tärkeää työtä kaikille alkeellisissa oloissa eläville kansoille, kriisin kokeneille uhreille ja köyhille, monisairaille ihmisille.

Delegointi on merkittävin tekijä ennen kriisialueille lähtemistä ja sen kehittämisestä, uudistamisesta ja parantamisesta tulee pitää huolta tulevaisuudessa. Sairaanhoitajat, jotka saavat mahdollisuuden päästä kriisialueille suorittamaan hoitotyötä, keräävät uusia näkemyksiä hoitotyöhön palatessaan takaisin Suomeen, jolloin taidoista ja kokemuksista on aina hyötyä myös hoitotyön uudistamisessa kotimaassa. Myös ihmisen persoona ja maailmankuva saavat uuden merkityksen. Jatkotutkimusideat perustuivat tutkimustulosten ja tutkijan havainnointien perusteella ensisijaisesti koulutukseen ja kehittämistyöhön liittyviin ajankohtaisiin asioihin.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen valinta oli tutkijalle selkeä: tutkimuskohde oli tärkeä ja koskettava, mutta myös mielenkiintoinen ja raikas hoitotyön koulutusohjelmaa miettien. Tutkimuksen aihe tuntui alusta loppuun asti hyvin suurelta kokonaisuudelta, sillä tutkittavilla saattoi olla mitä tahansa asioita kerrottavanaan ja näin ollen oli vaara liian suurelle tutkimusaineistolle. Heti tutkimuksen aloitettuaan tutkija varautui siihen, että aiheen herkkyyks voi mahdollisesti vaikuttaa tulevan tutkimusaineiston saantiin, mutta tässä ei loppujen lopuksi ilmennyt onneksi mitään ongelmia. Tutkimusta tehtiin ilolla ja motivoivalla asenteella, sillä kiinnostus aiheeseen oli hyvin suurta.

Tutkimuksen aihetta ei ollut tutkittu Suomessa vielä kertaakaan, joten aikaisemman tieteellisen tutkimustiedon löytäminen arvelutti tutkijaa. Oli kuitenkin hienoa huomata, kuinka runsaasti kansainvälistä tutkittua tietoa oli kerääntynyt vuosien varrelta – nimenomaan itse kriisialueilla olleiden sairaanhoitajien kokemuksista ja näkemyksistä.

Tutkimuksen aikana tutkimuspäiväkirjan pitäminen koettiin hyvin hyödyllisenä. Jo tulevia haastattelukysymyksiä muodostaessa tutkijalle syntyi omia ennakoajatuk-sia ja -odotuksia siitä, mitä kysymyksiin voisi mahdollisesti vastata. Tutkimuksen haastatteluiden aikana tutkijalle syntyi rikastuttavia ja avaavia kokemuksia kaikesta kuullusta, sillä useat omat aikaisemmin kuullut, nähdyt ja oletetut asiat kumoutuivat täysin. Kokonaisuudessaan haastattelutilanteet, aineistojen analyysiprosessi ja tutkimustuloksien raportointi oli pelkästään positiivinen kokemus myös siksi, että tutkimusaiheeseen tuli uusi näkemys ja näin ollen tutkija oppi katsomaan sairaanhoitajien tekemää hoitotyötä kriisialueilla aivan toisenlaisesta näkökulmasta.

Tutkija oppi ymmärtämään, että hoitotyön laadukkuus ja modernisuus eivät aina kerro sitä, kuinka hyvin potilaat selviävät hengissä, kuinka onnellisiksi potilaat ja asiakkaat tulevat saadessaan hoitoa ja kuinka hoitohenkilökunta nauttii tekemästään työstään. Yhtä lailla kriisialueilla suoritettava hoitotyö oli palkitsevaa niin henkilökunnalle kuin potilaille. Voitaisiinkin päätellä, että niin vahva palo kuin hoitotyön

tekeminen kriittisillä alueilla ympäri maailmaa, vaikuttaa se työssä jaksamiseen ja siinä onnistumiseen.

Tutkimuksen tekemisen jälkeen tutkija ei enää kokenut, että kriisialueilla suoritettavan hoitotyön luonne olisi täysin dramaattista tai aina jollain tapaa surumielistä, vaan se paljastuikin hyvin mielekkääksi, iloiseksi ja ihmisen persoonaa kasvattavaksi asiaksi. Tutkija sai myös paljon tukea omiin samantapaisiin tulevaisuuden haaveihinsa haastatteluihin osallistuneilta henkilöiltä sekä omalta opinnäytetyön ohjaajalta. Tutkimusta tehdessään tutkija myös sai oikeita konkreettisia vinkkejä ja neuvoja omaan elämäänsä, mikäli vielä jonain päivänä saisi mahdollisuuden lähteä kriisialueille hoitotyön pariin. Myös sen vuoksi, että tutkimuksen aihe on edelleen monelle vieras ja ennakkokäsityksiä herättävä, opinnäytetyön toivottiin tuovan lukijalle paljon uutta tietoa – toisin sanoen avartavaa maailmankatsomusta.

LÄHTEET

- Agazio, J. 2010. Army nursing practice challenges in humanitarian and wartime missions. *International Journal of Nursing Practice* 16, 166–175.
- Alasuutari, P. 2014. *Laadullinen tutkimus 2.0*. 5. painos. Tampere. Kustannusosa-
keyhtiö Vastapaino.
- Arbon, P., Bobrowski, C., Zeitz, K., Hooper, C., Williams, J. & Thitchener, J. 2006. Australian nurses volunteering for the Sumatra-Andaman earthquake and tsunami of 2004. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2006) 9, 171–178.
- Arjun, S.D., Matlakala, M.C. & Mavundla, T.R. 2013. Enrolled nurses' experiences of caring for multi drug resistant tuberculosis patients in the Kwa-Zulu Natal province of South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 15,1, 54–67.
- Christidis, M. 2013. *Vård- och omsorgsarbete 1*. Malmö. Gleerups Utbildning AB.
- Elliott, B. 2015. Military nurses' experiences returning from war. *Journal of Advanced Nursing* 71,5, 1066–1075.
- Eriksson, K. 2014. *Vårdprocessen*. Stockholm. Liber AB.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 10. painos. Tampere. Kustannusosa-
keyhtiö Vastapaino.
- Finnström, B. 2010. Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. Teoksessa *Att bli sjuksköterska – en introduktion till yrke och ämne*, 59–82. Toim. Dahlborg Lyckhage, E. Lund. Studentlitteratur AB.
- Firouzkouhi, M., Zargham-Boroujeni, A., Nouraei, M., Yousefi, H. & A Holmes, C. 2013. The wartime experience of civilian nurses in Iran -Iraq war, 1980–1988: An historical research. *Contemporary Nurse* 44,2, 225–231.
- Hedrenius, S. & Johansson, S. 2013. *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser: att stärka människors motståndskraft*. Stockholm. Natur & Kultur Akademisk.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki. Oy Yliopistokustannus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15.–17. painos. Tammi. Helsinki.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen A. & Seppänen, S. 2013. *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Helsinki. Fioca Oy.

Järvelä, T. 2015. Sairaanhoidaja, lähihoitaja, ensihoitaja – Tehy-sanastoa tekemässä. Pro gradu -tutkielma. Kieli-, käännös- ja kirjallisuustieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä – Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kayama, M., Akiyama, T., Ohashi, A., Horikoshi, N., Kido, Y., Murakata, T. & Kawakami, N. 2014. Experiences of Municipal Public Health Nurses Following Japan's Earthquake, Tsunami, and Nuclear Disaster. *Public Health Nursing* 31,6, 517–525.

Kiiltomäki, A. 2007. Millaisia taitoja kriisiauttaminen vaatii sairaanhoitajalta? Teoksessa Kiiltomäki, A. & Muma, P. Tässä ja nyt – Sairaanhoidaja tekee kriisityötä, 45–54. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kiiltomäki, A. 2007. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Teoksessa Kiiltomäki, A. & Muma, P. Tässä ja nyt – Sairaanhoidaja tekee kriisityötä, 7-12. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Lal, S. & Spence, D. 2016. Humanitarian Nursing in Developing Countries: A Phenomenological Analysis. *Journal of Transcultural Nursing* 27,1, 18–24.

Lintu, M. 2015. Nykyaikainen kenttälääkintä Afganistanin operaatiossa. Työssä. *Suomen Lääkärilehti* 50–52,70, 3484–3486.

Merlin, A. 2009. 2000-luvun sodissa kuolee etupäässä siviilejä. Teoksessa *Maailmanpolitiikan Atlas*, 114–115. Toim. Airaksinen, J., Järventaus, K., Karppinen, M. & Rönkkö, M. Helsinki. Like Kustannus.

Metropolia. 2016. Sairaanhoidaja (AMK), monimuotototeutus. Viitattu 22.5.2016. <http://www.metropolia.fi/haku/koulutustarjonta-aikuiset-sosiaali-ja-terveys-ala/hoitoty-sairaanhoidaja/>

Muma, P. 2014. Sairaanhoidaja Muma - Päivityksiä Kellokoski-Liberia. Helsinki. Fioca Oy.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nikander, P. 2010. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa *Haastattelun analyysi*, 432–445. Toim. Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Nursing Council of New Zealand. 2012. Competencies of registered nurses 3-34.

Reitala, J. 2005. Ambulanssilento 30.12.2004–1.1.2005. Aasian katastrofi. *Finland* 38,2, 40–47.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. 1.-3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Sairaanhoitajat. 2014. Kommunikaatio on kollegiaalista. Viitattu 22.5.2016. Sairaanhoitajan kollegiaalisuusohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-kollegiaalisuusohjeet/>

Sairaanhoitajat. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 22.5.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Silfvast, T. 2005. Suomalaiset lääkintätoimet Aasian luonnonkatastrofin yhteydessä. *Finnanest* 38,2, 40–47.

Toivio, T. 2005. Phuket 29.12.04–6.1.05. Aasian katastrofi. *Finnanest* 38,2, 40–47.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Vantaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012–2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 15.5.2016. Vahingoittamisen välttäminen. Helsinki. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieisteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet#1>

Valvira. 2016. Ammattioikeudet. Viitattu 22.5.2016. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Ward, L. 2011. Mental health nursing and stress: Maintaining balance. *International Journal of Mental Health Nursing* 20, 77–85.

Välimäki, M. 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. *Etiikka hoitotyössä*, 361–375. Toim. Stormi, A. & Karjalainen, H. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Yang, Y.-N., Xiao, L.D., Cheng, H.-Y., Zhu, J.-C. & Arbon, P. 2010. Chinese nurses' experience in the Wenchuan earthquake relief. *International Nursing Review* 57, 217–223.

Zinsli, G. & Smythe, Elizabeth A. 2009. International Humanitarian Nursing Work – Facing Difference and Embracing Sameness. *Journal of Transcultural Nursing* 20,2, 234–241.

Saatekirje

Hei!

Olen 3. vuoden sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää kriisialueilla työskennelleiden **sairaanhoitajien** näkemyksiä ja kokemuksia hoitotyöstä.

Tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. Aineiston kerään teemahaastatteluiden avulla ja haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimukseen osallistuvilla sairaanhoitajilla tulee olla aikaisempaa kokemusta kriisialueella työskentelystä ja siellä toteutuneesta hoitotyöstä. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluin työpaikallanne työajan sisällä vuoden 2016 syksyn aikana. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja haastattelun voi halutessaan keskeyttää. Toivon, että tarvittaessa voin olla haastateltaviin yhteydessä teemahaastatteluiden jälkeen, mikäli tutkimustuloksia analysoidessa huomaa tarvitsevani lisää informaatiota tai tarkennuksia joistakin asioista. Haastateltavien anonymiteetti säilyy sekä haastattelun nauhoitukset ja sähköiset vastaukset tuhoaan välittömästi opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuvat Vaasan keskussairaalan akuuttihoidon palvelualueella työskentelevät sairaanhoitajat sekä Suomen Punaisen Ristin delegoimat sairaanhoitajat, joilla on kokemusta kriisialueella työskentelystä. Haastateltavat valitaan ja haastatteluajoista sovitaan yhteistyössä Vaasan keskussairaalaan akuuttihoidon palvelualueen ylihoitajan ja osastonhoitajien kanssa. Suomen Punainen Risti lähettää tutkimuksen saatekirjeen organisaationsa rekisteristä valitsemilleen sairaanhoitajille ympäri Suomen ja halukkaiden haastatteluun osallistuvien sairaanhoitajien kanssa olen yhteydessä sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin,

Jenni Niemelä

Vaasa

Puhelinnumero:

Sähköposti:

Opinnäytetyön ohjaava opettaja,

Suvi Kallio

Vaasa

Puhelinnumero:

Sähköposti:

Följebrev

Hej!

Jag är tredje årets sjukskötarestudent i Vasa yrkeshögskola. Jag skriver examensarbetet vars syfte är att reda ut vilka åsikter och erfarenheter **sjukskötare**, som har arbetat i krisområden, har.

Forskningsmetoden är en kvalitativ forskning. Materialet samlas med temaintervjuer som ska bandas in. Intervjuerna skall analyseras med en induktiv innehållsanalys. De sjukskötare som deltar i undersökningen måste ha tidigare erfarenhet av arbete och av vårdarbete i krisområden. Intervjuerna skall genomföras som individuella intervjuer i er arbetsplats på arbetstiden under hösten 2016. Deltagandet i undersökningen är fullständigt frivilligt och man får avbryta intervjun när som helst. Jag hoppas att jag kan, efter temaintervjuer och vid behov, vara i kontakt med personer som jag intervjuat ifall jag upptäcker ett behov av att få mera information eller preciseringar kring olika saker under analyseringen av intervjumaterialet. Alla som deltar i undersökningen förblir anonyma och både inbandningarna och elektroniska svaren kommer att förstöras efter att lärdomsprovet har blivit färdigt.

Undersökningen delas av sjukskötare som jobbar inom akutvården i Vasa centralsjukhus och av sjukskötare vid Finlands Röda Kors. Både studiedeltagare och intervjutider ska ses över i samarbete med överskötaren inom akutvården vid VCS och med de olika avdelningsskötarna. Finlands Röda Kors skickar följebrevet till de sjukskötare som har blivit valda ur organisationens register och jag kommer att vara i e-post kontakt med dem som vill delta i undersökningen.

Med vänliga hälsningar,

Jenni Niemelä

Vasa

Telefonnummer:

E-post:

Lärdomsprovet handleds av

Suvi Kallio

Vasa

Telefonnummer:

E-post:

Teemahaastattelurunko

1. Suorittamaan hoitotyöhön kuuluvat tehtäväkuvat kriisialueella/alueilla
2. Suoritetun hoitotyön toteutuminen kriisialueella/alueilla
3. Suoritetun hoitotyön herättämät tunteet ja kokemukset
4. Suoritettuun hoitotyöhön liittyvät ennakkoluulot kriisialueella/alueilla
5. Suoritetun hoitotyön kehittämis ehdotukset kriisialueella/alueilla

Innehållet och strukturen för temaintervjun

1. Att arbeta inom vårdarbete och utföra vårdåtgärder på krisområdet/-områdena
2. Genomförandet av vårdarbete på krisområdet/-områdena
3. Känslor och erfarenheter som arbetet gav och skapade
4. Fördomar som man hade mot vårdarbete på krisområdet/-områdena
5. Utvecklingsförslag gällande vårdarbete på krisområdet/-områdena

Apukysymykset

Hoitotyöhön kuuluvat tehtäväkuvat kriisialueella/alueilla

- Mitä tehtäviä kriisialueella/alueilla tekemääsi hoitotyöhön kuului?
- Olivatko hoitotoimenpiteet sinulle entuudestaan tuttuja vai vieraita?
- Olivatko tehtäväkuvat itsellesi riittävän haastavia?
- Suorititko hoitotyötä yksin vai yhdessä muiden kanssa?
- Saitko tarpeeksi tietoa tehtäväkuvista ennakoon?
- Ilmenikö eroavaisuuksia Suomessa toteutuneen hoitotyön kanssa?

Suoritetun hoitotyön toteutuminen kriisialueella/alueilla

- Minkälaisilla alueilla/missä paikoissa suoritit hoitotyötä?
- Ketkä olivat suorittamasi hoitotyön avunsaajia?
- Miten hoitotyötä otettiin vastaan?
- Koitko tekemäsi hoitotyön arvokkaaksi/arvostetuksi?
- Miten ja kuinka hyvin hoitotyö toteutui käytännössä?
- Mitä resursseja oli saatavilla hoidon toteutumisen turvaamiseksi?
- Oliko hoitotyön toteutumiselle esteitä?

Suoritetun hoitotyön herättämät tuntemukset ja kokemukset

- Minkälaisia tunteita hoitotyö herätti sinussa?
- Mitä positiivisia/negatiivisia muistoja sinulle jäi hoitotyöstä?
- Mitkä asiat hoitotyötä tehdessä herättivät uusia kokemuksia?
- Mikä voisi olla vaikutuksena näiden tunteiden syntymiselle?

Suoritettuun hoitotyöhön liittyvät ennakkoajatukset kriisialueella/alueilla

- Ennakkoajatukset ja – odotukset hoitotyöhön liittyen?
- Olivatko ennakkoajatukset epätodellisia vai todellisia kriisialueella?

- Oliko avunsaajilla ennakkoajatuksia saamastaan hoitotyöstä?
- Miten ennakkoajatuksia ja – odotuksia voitaisiin vähentää?

Suoritetun hoitotyön kehittämisehdotukset kriisialueella/alueilla

- Mitä asioita hoitotyöstä jäi mietityttämään sinua?
- Miten näitä asioita voitaisiin kehittää jatkossa?
- Miten hoitotyön kehittäminen tulisi vaikuttamaan avunsaajiin?
- Miten hoitotyön kehittäminen tulisi vaikuttamaan kriisialueeseen yleisesti?
- Löytyisikö hoitotyön kehittämiselle enemmän etuja vai haittoja?
- Voisiko suorittamaasi hoitotyötä kehittää kriisialueella
 - o koulutuksen avulla?
 - o useampien ja tehokkaampien resurssien avulla?
 - o isomman henkilökunnan avulla?
 - o työtapojen ja työn organisoimisen muuttamisen avulla?
 - o säännöllisten palautteiden ja arviointien avulla?

Hjälpfrågor

Att arbeta inom vårdarbete och utföra vårdåtgärder på krisområdet/-områdena

- Vilka arbetsuppgifter hörde till vårdarbetet du gjorde på krisområdet/-områdena?
- Var vårdåtgärderna sådana som du redan kände till och kunde eller helt nya?
- Var arbetsuppgifterna tillräckligt utmanande?
- Arbetande du själv eller tillsammans med några andra?
- Fick du tillräckligt med information om arbetsuppgifter på förhand?
- Var det annorlunda – fanns det skillnader om man jämför vårdarbet på krisområdet och i Finland?

Genomförandet av vårdarbete på krisområdet/-områdena

- I hurdana områden eller ställen arbetade du?
- Vem var det som du vårdade/hjälpte?
- Hur blev du bemött (som sjukskötare)?
- Upplevde du ditt vårdarbete värdefullt/uppskattat?
- Hur och på vilket sätt förverkligades vårdarbetet i praktiken?
- Vilka resurser fanns till förfogande för att man kunde utföra sitt arbete och vårda patienter?
- Fanns det hinder?

Känslor och erfarenheter som arbetet gav och skapade

- Hurdana känslor väckte vårdarbetet i dig?
- Vilka positiva/negativa minnen hade du efter att ha arbetat på ett krisområde?
- Vilka nya erfarenheter fick du under den här perioden?
- Vad var det som bidrog till att ni fick dessa känslor?

Förhandsinställningar mot vårdarbete på krisområdet/-områdena

- Förhandsinställningar och förväntningar som gäller vårdarbetet?
- Stämde förhandsinställningar överens med verkligheten när du väl kom till krisområdet eller var de helt omotiverade?
- Hade de som fick hjälp några förhandsinställningar eller tankar om gällande vårdarbetet som de fick?
- Hur kunde man förminska förhandsinställningar och förväntningar?

Utvecklingsförslag gällande vårdarbete på krisområdet/-områdena

- Vilka saker kring vårdarbetet grubblar ni över och funderar på?
- Hur kunde man utveckla dessa saker i framtiden?
- Hur skulle utvecklandet av vårdarbete kunna påverka stödmottagarna?
- Hur skulle utvecklandet av vårdarbete kunna påverka krisområdet i allmänhet?
- Skulle det finnas mera fördelar eller nackdelar med att utveckla vårdarbete?
- Skulle man kunna utveckla vårdarbetet på krisområdet
 - o med hjälp av skolning?
 - o med hjälp av flera och effektivare resurser?
 - o med hjälp av mera personal?
 - o med hjälp av arbetssätten och genom att omorganisera arbetet?
 - o med hjälp av regelbunden feedback och utvärderingar?

Suostumuslomake haastatteluun

Vaasan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

Jenni Niemelä

Opinnäytetyö: Kriisialueilla työskennelleiden sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia hoitotyöstä

Kirjallisella suostumuksella

- Osallistun opinnäytetyön tutkimuksen teemahaastatteluun ja olen saanut riittävästi informaatiota tutkimuksesta ja sen etenemisestä. Olen saanut informaation, miksi minut on valittu tutkimukseen.
- Olen tietoinen, kuka minua haastattelee ja kuinka antamani haastatteluvastauksia käsitellään. Tiedän, että oma anonymiteettini säilyy koko tutkimuksen ajan.
- Myönnän luvan haastattelun nauhoittamiseen.
- Myönnän tutkijalle luvan ottaa minuun tarvittaessa yhteyttä tutkimuksen jälkeen, mikäli tutkija kaipaa selvennyksiä tai lisätietoja tutkimuksen analyysivaiheessa.
- Olen tietoinen, että olen osallistunut tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti ja voin missä tahansa tutkimuksen vaiheessa keskeyttää tutkimukseen osallistumisen ilman erillistä selitystä.
- Olen oikeutettu kysymään lisätietoja tutkimuksesta ja sen toteutuksesta.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

Tutkijan allekirjoitus

Vaasassa ... / ... 2016

Ett tillstånd för intervjun

Vasa yrkeshögskola

Vårdarbete, sjukskötare

Jenni Niemelä

Examensarbetet: Åsikter och erfarenheter av sjuksköterskor som har jobbat i kris områdena

Med ett skriftlig samtycke

- Jag deltar i en temaintervjun som är en del av examensarbete och jag har fått tillräckligt information om forskningen och hur den kommer att gå till. Jag har blivit informerad om varför jag har blivit vald att delta i undersökningen.
- Jag är medveten om vem kommer att intervjua mig och hur mina intervjuvar behandlas. Jag är medveten om att jag kommer att förbli anonym hela processen.
- Jag ger ett tillstånd att banda in intervjun.
- Jag ger ett tillstånd till forskaren att ta kontakt med mig vid behov ifall forskaren behöver förklaringar eller tillägsinformation under analysprocessen av undersökningsmaterialet.
- Jag är medveten om att jag har deltagit i forskningen fullständigt frivilligt och jag är medveten om att jag när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande utan att jag behöver förklara varför.
- Jag har rättighet att fråga tillägsinformation om forskningen och dess förverkligande.

Studiedeltagarens underteckning

Forskarens underteckning

I vasa ... / ... 2016